ROK IV. LIPIEC — SIERPIEŃ 1938 R. Nr. 4.

Dwumiesięcznik Stomatologiczny

Organ Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej

Redaktor Naczelny: Lek. dent. JULIUSZ KONSTANTIN.

Wydawca: Stowarzyszenie Absolwentów Akademii Stomatologicznej uprawniony przedstaw.: Lek. dent. STEFAN KRÜGER.

Redaktor odpowiedzialny za Dział Naukowy: Prof. dr. med. lek. dent. KONRAD SZEPELSKI.

TREŚĆ:

PRACE ORYGINALNE: Str.

STRESZCZENIA:

Z AKADEMII STOMATOLOGICZNEJ:

DZIAŁ ZAWODOWY:

Członkowie Stowarzyszenia Absolwentów A. S. otrzymują pismo bezpłatnie.

Prenumerata roczna Zł. 12.

Redakcja: Warszawa, Mazowiecka 7 m. 24. Tel. 602-11
Administracja: Warszawa, Marszałkowska 120 m. 5. Tel. 692-02
Konto P. K. O. 9931.

Z Kliniki Protetyki Dentystycznej Akademii Stomatologicznej w Warszawie.
(Kierownik: Doc. Dr med. W. CYBULSKI).

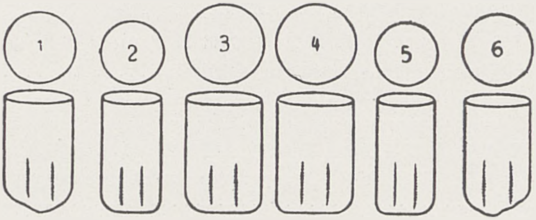
Lek. dent. JANINA GALASIŃSKA-LANDSBERGEROWA.
starszy asystent Kliniki.

Warszawa.

Rola i znaczenie dostawki tymczasowej.

Przez dostawkę tymczasową, albo natychmiastową rozumiemy dostawkę, która uzupełnia w sposób doraźny braki w uzębieniu. Zagadnienie dostawki natychmiastowej przybiera na nasileniu zależnie od stopnia okaleczenia, uszkodzenia nienaruszonego dotychczas szeregu zębowego. Mamy tu do czynienia z całym niejako stopniowaniem: od uzupełnienia ściśle kosmetycznego naruszonej ścianki zęba do uzupełnienia całkowitego braku wszystkich zębów.

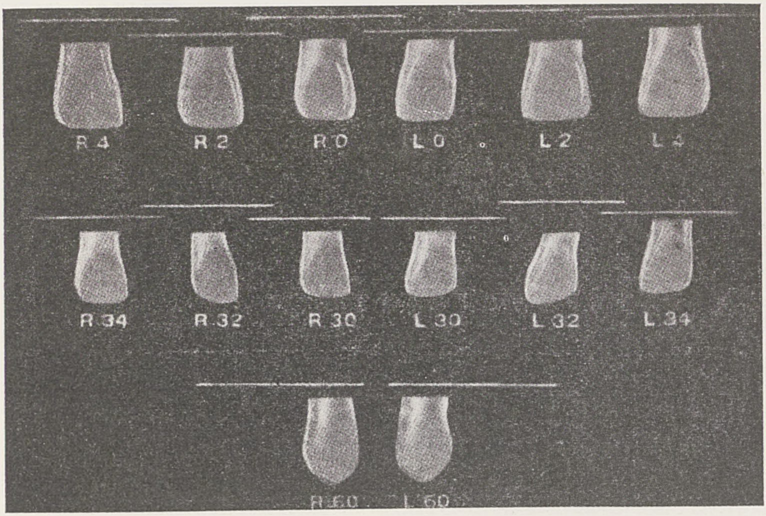
Braki w ścianie korony zęba uzupełniamy doraźnie przy pomocy wkładki Fletschera, gutaperki, wkładki silikatowej, lub kryptexowej. Zniszczenie częściowe ścian korony przez oszlifowanie pod koronę pochewkową odbudowujemy przez powleczenie zęba warstwą gutaperki, albo przez nałożenie gilzy celuloidowej Protektor, lub Caulka. Rys. 1. Rys. 2.



Rys. 1. Gilzy celuloidowe Protektor.

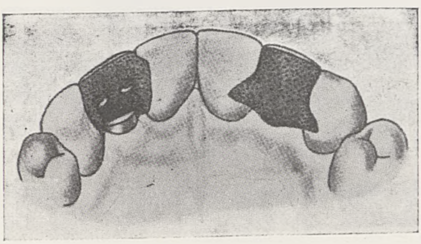
Odnośnie czasowej ochrony oszlifowanych filarów przy pomocy gilz celuloidowych, dr. H r u s k a wypowiada pogląd, że one przy swoich niewątpliwych zaletach mają stronę ujemną w postaci grubego brzegu przydziąsłowego, zagrażającego brutalnie częściom miękkim przyzębowym. Gilzy celuloidowe można stosować z zachowaniem pewnych ostrożności: nie wsuwać gilz poddziąsłowo, nie odsuwać dziąsła, nie niszczyć wiązadła okrężnego zęba, nie miażdżyć brodawki międzyzębowej. Dla uzupełnienia doraźnego odłamanej korony zęba przy zachowanym korzeniu podawane są w literaturze dwie metody. Metoda pierwsza odtwarza brak, wykorzystując zachowany korzeń.

Do korzenia zostaje doszlifowany odpowiedni rozmiarami i barwą ząb Logana, lub Davisa, i osadzony prowizorycznie przy pomocy Fletschera lub gutaperki. Powyższa metoda pozwala na swobodne wyjmowanie tymczasowego zęba ćwiekowego dla ewentualnego leczenia



Rys. 2. Gilzy celuloidowe Caulka.

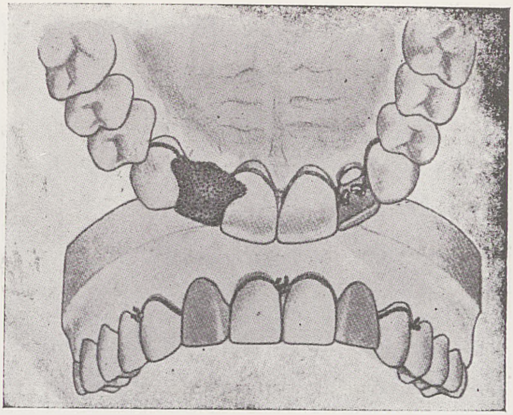
przewodu korzeniowego. Druga metoda przenosi oparcie na sąsiady z pominięciem zachowanego korzenia. W e h l a u w myśl tej zasady radzi umocowanie doszlifowanego zęba kramponowego na twar-



Rys. 3. Umocowanie zęba kramponowego na twardej gutaperce (metoda Wehlaua).

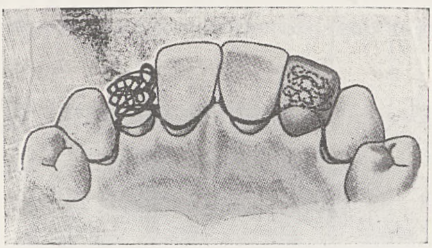
dej gutaperce, tak, żeby jej nadmiar zachodził w kształcie wypustek na zęby sąsiednie. Rys. 3. Zaleca przytem noszenie ostrożne, wyjmowanie na czas nocy. Ze względu na niebezpieczeństwo połknięcia

tak wykonanego uzupełnienia, podał następnie W e h l a u metodę zmodyfikowaną, polegającą na umocowaniu kramponowanego zęba do sąsiadów przy pomocy drutu i wymodelowaniu językowej strony z twardej gutaperki. Rys. 4.



Rys. 4. Metoda Wehlaua zmodyfikowana.

R i c h a r d L a n d s b e r g e r uzupełnia brak korony, lub kilku, przez wiązania drutu do sąsiednich zębów skręcone w obrębie luki soplowato. Na tych soplowatych rusztowaniach zostają wymodelowane korony z silikatu. (rys. 5).



Rys. 5. Umocowanie silikatu na wiązaniu lligaturą (Metoda R. Landsbergera).

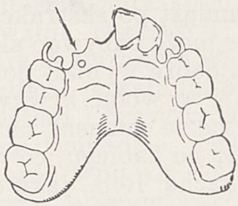
Obie wyżej podane metody: zmodyfikowana metoda W e h l a u a i R. L a n d s b e r g e r a mają tę wadę, że przy leczeniu przewodowym zachodzi konieczność przecięcia wiązań przed każdym opatrunkiem i ponownej odbudowy.

W Klinice Protetyki Dentystycznej A. S. stosujemy w tych przypadkach z dobrymi wynikami uzupełnienia tymczasowe zębami Lo-

gana, lub Davisa, osadzonymi na Fletscherze o konsystencji śmietany. Ten rodzaj prowizorium utrzymuje się zupełnie dobrze, dla zmiany opatrunków w przewodach usuwa łatwo, jest wygodny dla pacjenta i prosty, nieskomplikowany w przygotowaniu. Oczywiście nie może zapewnić stuprocentowej swobody gryzienia, ale też nie notowaliśmy wypadków wypadnięcia, czy połknięcia podczas jedzenia, lub spania.

Dalszym stopniem uszkodzenia szeregu zębowego jest usunięcie jednego zęba: korony wraz z korzeniem.

Jeżeli pacjent nosi już częściową, ruchomą dostawkę, uzupełnienie tego nowego braku odbyć się może bądź w drodze naprawy — dodania zęba sposobem zależnym od materiału płyty, bądź przez wymodelowanie odnośnego zęba z silikatu na wiązaniu ligatury do dostawki. *(metoda Wehlaua)* rys. 6.



Rys. 6. Natychmiastowa naprawa — dodanie zęba z silikatu na wiązaniu ligaligaturą do dostawki. (wedł. Wehlaua).

Przytoczone dotychczas rodzaje uszkodzeń szeregu zębowego były nieznaczne, absorbowały uwagę i troskę pacjenta wtedy tylko, jeżeli dotyczyły zębów przednich. Zabieg lekarza miał na celu poza ochroną ewentualną miazgi, usunięciem ostrych brzegów, prawie wyłącznie poprawienie warunków kosmetycznych. Taki, czy inny sposób rozwiązania służył przede wszystkim do poprawienia defektu kosmetycznego. Od wypełnienia, poza spełnieniem tego warunku nie wymagano aby podnosiło sprawność żucia; to było już zadaniem dostawki następnej, trwałej, do której dostawka tymczasowa była niejako wstępnym progiem.

Uzupełnienie większych odcinków przez dostawkę natychmiastową - tymczasową jest bardziej skomplikowane, tak odnośnie do wykonania, jak roli tej dostawki. W związku z doraźnym uzupełnieniem częściowych braków panuje w literaturze fachowej pewna niezgodność poglądów. Jedni autorzy nazywają dostawką tymczasową, względnie natychmiastową, taką dostawkę, którą się zakłada natychmiast po ekstrakcji, jeszcze przy trwającym znieczuleniu. Inni nazywają „tymczasową" dostawkę, wykonaną według wycisku natychmiast po ekstrakcji, a założoną w 8 dni po zabiegu. W tym przypadku można kwestjonować nazwę „natychmiastowa". Sposób wykonania natych-

miastowej dostawki dla braków częściowych jest następujący. Przed wyciskiem zostaje starannie usunięty kamień nazębny. Zęby, które mają ulec ekstrakcji, zostają wycięte z modelu. W miejscach modelu odpowiadających korzeniom, robimy zagłębienia 3—4 mm., ściśle w osi zębów. Na tak przygotowanym modelu ustawiamy zęby sztuczne. Dostawkę wykańczamy bez przymiarki w ustach. Po wykończeniu płyty stożkowate występy z kauczuku, czy hekolitu (zależnie od użytego materiału) odpowiadają zagłębieniom na modelu resp. zębodołom świeżo usuniętych zębów. Po wykonanej ekstrakcji czekamy 20—30 minut na wytworzenei skrzepu w zębodole, poczym, przy trwającym jeszcze znieczuleniu zakładamy dostawkę do ust. Na stronie do-śluzówkowej dostawki rozmieszczamy cienką warstwę gazy sterylizowanej, aby zapobiec zetknięciu bezpośredniemu płyty z podłożem. Pacjentowi polecamy kilkakrotne staranne oczyszczanie płyty i jamy ustnej w ciągu dnia i noszeniu dostawki z przerwami. Wykonanie tą metodą dostawki natychmiastowej uzupełnia braki w sposób doraźny. Branie wycisków natychmiast po ekstrakcji dla wykonania dostawki tymczasowej, jakkolwiek może odbywać się w zupełnie jałowych warunkach, niezawsze daje dobre wyniki, ponieważ może stać się przyczyną zerwania skrzepu i wywołać krwawienie poekstrakcyjne. Pozatym odpada w tej metodzie moment natychmiastowego uzupełnienia braków, bezpośrednio po zabiegu, co dla pacjenta jest niejednokrotnie sprawą bardzo ważną. Rola, jaką odgrywa dostawka natychmiastowa, uzupełniająca braki kilku zębów, zależy od planu naszego protezowania. Jeżeli badanie pozostałych w szeregu zębowym filarów zadecydowało o możliwości uzupełnienia trwałego w postaci mostu— rola dostawki natychmiastowej ograniczy się wyłącznie do pokrycia braków kosmetycznych; znaczenie jej będzie wyłącznie drugoplanowe, trwałość uzależniona terminem wykończenia zaprojektowanego mostu. Gdyby nawet wykazywała z punktu widzenia statyki czy funkcji pewne braki, będą to błędy wybaczalne ze względu na jej krótkotrwały, przejściowy, przygodny charakter. Inaczej rzecz się przedstawia, skoro w planowaniu dostawki trwałej wykluczona została proteza nieruchoma most, a postanowiona proteza do zdejmowania. W przypadku kiedy dostawka natychmiastowa była okresem wstępnym dla dostawki trwałej — mostu, wystarczyło, jeśli uzupełniała defekty kosmetyczne i nie uszkadzała zachowanych filarów zębowych. Na owych zachowanych filarach spoczywać musi całkowite obciążenie mostu; mamy tu do czynienia z obciążeniem ozębnowym. W przypadku powstałych braków częściowych, nadających się wyłącznie do uzupełnienia ruchomego, obciążenie żuciem przenosi się zarówno na filary, jak na bezzębne odcinki wyrostka zębodołowego, nabierając charakteru obciążenia mieszanego. Dla takiego układu stan bezzębnego wyrostka jest ważny, jego ukształtowanie, poziom, spoistość nabierają cech o dużym znaczeniu dla użytkowości i sprawności dostawki. W tym oświetleniu zarówno okoliczności wykonania, jak i rola dostawki natychmiastowej nabierają innego znaczenia. W oczach wielu praktyków dostawka natychmiastowa jest conajwyżej przejściową,

czasową protezą. Powodem ograniczenia jej zastosowania są niezbyt dobre wyniki kosmetyczne po zaniku wyrostka zębodołowego, oraz niedobre utrzymanie. Na wartość natychmiastowej dostawki ma duży wpływ zanik wyrostka. Według E u l e r a rana goi się kostnie w przeciągu 6—8 tygodni. Po kilku miesiącach blizna kostna ulega resorbcji. Stopień resorbcji jest zmienny; zależy od konstytucji, wieku, dziedzicznego usposobienia. Kształt wyrostka zębodołowego odgrywa dużą rolę przy zaniku. Szerokie wyrostki zanikają wolniej; wąskie i cienkie szybciej. Przy szerokich wyrostkach ucisk wywołany dostawką rozkłada się na większą płaszczyznę, aniżeli przy wyrostkach wąskich. Stąd wyrostki szersze, podlegając uciskowi relatywnie mniejszemu niż wąskie, ulegają mniej szybko zanikowi. Dla tej przyczyny wyrostek zębodołowy szczęki górnej zanika powolniej niż dolnej. Sam sposób wykonywania ekstrakcji ma wpływ na proces zaniku wyrostka. Dawniejszy sposób ekstrakcji poprzez błonę śluzową i wyrostek zębodołowy niszczył brutalnie brzeg zębodołu, utrudniał gojenie i powodował silniejszy zanik kości. Zanik wyrostka można zmniejszyć przez wykonywanie ekstrakcji ostrożne, oszczędzające brzeg zębodołu. Należy unikać starannie wszelkiej infekcji przy ekstrakcji, aby wykluczyć możność powstania procesów zapalnych, opóźniających gojenie rany kostnej i przyczyniających się do wytwarzania martwaków — a co za tym idzie, większego zaniku kości. (dr M a n d l). Przy omawianiu wpływu ekstrakcji na stan wyrostka zębodołowego należy poruszyć sprawę wyrównania ostrych brzegów zębodołu. Ostre, przebijające niejednokrotnie błonę śluzową brzegi powinny być podczas ekstrakcji wygładzone, ażeby ułatwić gojenie części miękkich i stworzyć gładką, odporną na ucisk powierzchnię nośną wyrostka. Powstający przy wygładzaniu nadmiar śluzówki u brzegu zębodołu należy również usunąć, gdyż w przeciwnym razie po zagojeniu zębodołu stwarza się typ ruchomego, przesuwalnego wyrostka mało wytrzymałego na obciążenie. Ogniska przywierzchołkowe powinny być po ekstrakcji starannie wyłyżeczkowane dla uniknięcia komplikacji w gojeniu rany.

W samej dostawce tymczasowej są również pewne szczegóły, które powinny być uwzględniane. Mianowicie B a l t e r s udowodnił pomiarami szczęk pacjentów bezzębnych, że w miejscach wyrostka zębodołowego, w których zęby sztuczne były ustawione ściśle na grzbiecie wyrostka, nie występował zanik prawie zupełnie, albo w bardzo nieznacznym stopniu. Natomiast tam, gdzie zęby sztuczne ustawione były poza grzbietem, zanik zaznaczał się silnie i w tempie szybkim. Podczas noszenia dostawki natychmiastowej obciążenie stoków policzkowego i językowego powinno być równomierne, jeśli chcemy aby zanik wyrostka przebiegał równomiernie i nie naruszał zdolności „dźwigania“ wyrostka. Zagłębiające się na przestrzeni 3—4 mm. korzenie sztucznych zębów nie powinny w żadnym punkcie uciskać na ścianę zębodołu, gdyż wywoła to zanik ścianki. Od korzeni sztucznych nie należy spodziewać się, że wywołają regenerację kości. Me-

toda B r i l l a, polegająca na wprowadzeniu do zębodołu natychmiast po ekstrakcji korzeni porcelanowych, odpowiadających mniejwięcej długości korzeni naturalnych, nie osiągnęła zamierzonego wyniku. Korzenie porcelanowe B r i l l a mają u szczytu kolbowate zgrubienie dla lepszego umocowania w zębodole. B r i l l przyjmował, że nabłonek wyścielający zębodół wypełni luki między ścianą zębodołu, a korzeniem porcelanowym, zapewniając w ten sposób uszczelnienie i umocowanie. I m m e n k a m p na psach, jako materiale doświadczalnym, prowadził badania nad utrzymaniem korzeni B r i l l a w zębodole. Założenie B r i l l a, że nabłonek ma pokryć ścianę korzenia porcelanowego, okazało się nieistotne. Wargowa ściana zębodołu wykazywała intensywny zanik, korzeń utrzymywał się luźno w zębodole. Pogląd panujący w literaturze o korzeniach sztucznych długich, zabezpieczających przed zanikiem wyrostka zębodołowego jest fałszywy.

1-o. Ucisk na kość długiego, sztucznego korzenia jest szkodliwy— wywołuje zanik.

2-o. Długie sztuczne korzenie powodują powstawanie głębokich kieszonek, w których gromadzą się resztki pokarmów, złuszczony nabłonek i bakterie.

Czynnościowemu zadaniu długie, sztuczne korzenie nie są wstanie sprostać; dla celu kosmetycznego wystarczają zupełnie sztuczne korzenie krótkie, zagłębiające się do zębodołu na 3— 4 mm. Sztuczne korzenie powinny być doszlifowane do kierunku i pojemności zębodołu. Najlepszym materiałem korzeni sztucznych jest porcelana. Sztuczny korzeń może być dopalony do licówki zęba porcelanowego z platynowymi kramponami. W ostateczności sztuczne korzenie mogą być robione z kauczuku, lub hekolitu; w tych przypadkach należy zwrócić uwagę na bardzo staranną obróbkę: gładkość, spoistość materiału. Jeżeli zęby w dostawce tymczasowej (z pogłąbiającymi się nieco kikutami) po przebiegu koniecznego zaniku wyglądają tak, jak gdyby były doszlifowane do dziąsła, można uważać wynik protezowania za dodatni. (dr. S p r o t h e n). Wyczerpując stosunek dostawki tymczasowej do odcinków bezzębnych wyrostka, należy zwrócić uwagę na sprawę gładkości płyty tymczasowej w odniesieniu do śluzówki podłoża. Z doświadczeń G r o h s a, R e i c h m a n n a nad zmianami w podłożu miękkim i kostnym, wywołanymi drażniącym działaniem płyty, wynika, że powierzchnia dośluzówkowa dostawki powinna być starannie obrobiona i gładka. Dzięki dostawce tymczasowej o gładkiej wewnętrznej powierzchni unikniemy stanów zapalnych śluzówki, przewlekłych odleżyn, prowadzących do zaniku kości. Dalszym momentem w rozważaniu nad dostawką tymczasową jest jej rola i stosunek do zachowanych filarów. Wskutek ekstrakcji kilku lub kilkunastu zębów została naruszona harmonijna całość, jaką stanowił nieprzerwany szereg zębowy. Naruszenie ciągłości szeregu wywołuje odruch troski i niepokoju ze strony pacjenta, zależnie od stopnia jego kultury, umiejscowienia owych braków i t. p. W przypadku bra-

ków odcinka przedniego pacjenci proszą o uzupełnienie natychmiastowe prawie zawsze, w odcinku bocznym, lub tylnym potrzeba ta staje się dla pacjenta nie tak palącą i nagłą. W sferach lekarsko-dentystycznych panuje w sprawie uzupełnienia braków pogląd, streszczający się w zdaniu: im później, tym lepiej.

Czy tak jest istotnie? Harmonijna całość szeregu zębowego zostaje naruszona już przez jedną ekstrakcję. Zęby sąsiadujące pochylają się, przesuwają, a za nimi dalszy szereg. Powstają szczeliny, szpary pomiędzy poszczególnymi zębami. Zęby przeciwległe do luki wysuwają się z zębodołu, wydłużają. S c h r ö d e r podaje, że zmiany, w szczęce, w której dokonano ekstrakcji mogą być tak duże, że przychodzi do rozpłaszczenia łuku zębów; do tego zmienionego łuku dostosowuje się łuk szczęki przeciwległej, przyczym niejednokrotnie powstaje przechylenie dojęzykowe, lub do-policzkowe poszczególnych filarów. Im dłużej luka pozostaje niewypełniona, tym bardziej zwiększa się nasielenie zmian w układzie łuku z brakiem częściowym, oraz łuku zębów przeciwległych. Wczesne zastosowanie dostawki tymczasowej może wpłynąć hamująco na powstawanie wyżej podanych zmian. W tym ujęciu dostawka natychmiastowa nabiera znaczenia jako czynnik profilaktyczny dla całokształtu równowagi statycznej uzębienia o brakach częściowych. Utrata zęba prowadzi do zaniku części zębodołu. W pozostałych odcinkach, sąsiadujących z luką, przychodzi do wzmocnienia beleczek kości gąbczastej, przyczym zauważono, że układ ich staje się promienisty. Ma to na celu wzmocnienie filarów, otaczających lukę. S c h r ö d e r zaobserwował w swych badaniach, że filary stojące obok luki, poddane obciążeniu leżącemu w granicach fizjologicznych, lub przekraczającemu je w sposób nieznaczny, zyskują na umocowaniu i stają się wytrzymalsze na większy ucisk. M ü l l e r potwierdził te spostrzeżenia w swoich pracach nad biostatyką uzębienia ludzkiego. Przenosząc te wnioski do sprawy dostawki tymczasowej mamy prawo twierdzić, że właściwe i racjonalne obciążenie filarów stojących obok luki, przyczyniające się do wzmocnienia ich wyrostka, może p o ś r e d n i o wpłynąć korzystnie na bezzębne odcinki ograniczone zachowanymi filarami. Umocowanie częściowej tymczasowej dostawki ma przytym duże znaczenie. Dostawka, drogą swego umocowania, powinna przenosić ucisk żucia na zachowane filary w kierunku ich osi długiej, gdyż ten kierunek jest dla ozębnej najkorzystniejszy.

W jamie ustnej, w której ostatnie ekstrakcje doprowadzają do stanu całkowitego bezzębia, warunki przebudowy wyrostka zębodołowego są inne niż przy brakach częściowych. O ile przy brakach częściowych obserwujemy grę między zanikiem wyrostka zębodołowego części bezzębnych a wzmocnieniem wyrostków uzębionych, grę sił mającą na celu wyrównanie braków w ogólnej wewnętrznej wypadkowej, o tyle przy bezzębiu mamy do czynienia tylko z zanikiem. Wprawdzie niecałe 100% przypadków bezzębnych daje obraz typowych zanikłych wyrostków zębodołowych. Obserwujemy wypadki, w któ-

rych wyrostki bezzębne pozostały wysokie, wypukłe, pokryte zbitą, odporną śluzówką.

Takie wyrostki, ku uciesze swych posiadaczy, przejmują na siebie rolę utraconych zębów i służą do rozmiażdżania pokarmów. Są to jednak nieliczne wyjątki ogólnej zasady, że utrata zębów pociąga za sobą bezapelacyjny zanik wyrostka zębodołowego. W warunkach bezzębia zanik ten jest silniejszy, ponieważ nie przeciwdziała mu wzmocnienie części wyrostka z zachowanymi filarami. Przypadki bezzębia protezowane w Klinice Protetyki Dentystycznej A. S. dostawkami tymczasowymi, wykonanymi bądź bezpośrednio, bądź w krótkim czasie po zabiegu wykazały co następuje. Przy dawnych, rozległych brakach i nielicznych świeżych ekstrakcjach zanik nie ma szybkiego, intensywnego przebiegu.

Dostawki tymczasowe utrzymywały się dobrze w ciągu szeregu miesięcy. Należy zaznaczyć, że warunki zgryzu i prawidłowego ustawienia zębów na wyrostku były pilnie przestrzegane, wyciski były czynnościowe gipsem. Dopiero po upływie 12—14 miesięcy dały się zauważyć zmiany w umocowaniu dostawek, wyrażające się podchodzeniem pokarmu pod płytę, większą ruchomością, opadaniem. W przeważającej liczbie przypadków wystarczyło uszczelnienie brzegów metodą R e h m a z użyciem czarnej gutaperki.

Przy brakach dawnych rozległych, ale i licznych ekstrakcjach świeżych, obserwowano postępowanie większe zaniku. Zmiany w umocowaniu dostawek tymczasowych były szybsze niż w przypadku pierwszym i przypadały one na koniec 5— 6 miesiąca. Uszczelnienie samych brzegów nie dawało pozytywnych wyników; trzeba było zastosować całkowite podścielenie, lub dostawki przerobić.

Naogół dostawki tymczasowe przy bezzębiu dają gorsze wyniki, niż przy brakach częściowych. Przy dostawce tymczasowej częściowej należy zwrócić uwagę na ilość uzupełnianych zębów, oraz na umocowanie dostawki; przy dostawce całkowitej na stan podłoża bezzębnego. Dostawka tymczasowa utrzymuej się lepiej i dłużej na podłożu zbitym, twardym; gorzej na podłożu podatnym o ruchomych, cienkich wyrostkach. Poza zwiększoną ruchomością dostawki nieomylnym znakiem zmiany podłoża jest pękanie płyty w ustach podczas żucia. Takiej dostawki nie należy naprawiać, trzeba ją wykonać na nowo. Na zakończenie pozwolę sobie przytoczyć kilka przypadków z działu dostawek natychmiastowych — tymczasowych.

P r z y p a d e k 1.

Pani J. S. Jama ustna o licznych wypełnieniach zachowawczych. Korony na zębach 5+, 6+. W dolnej szczęce dostawka skrzydłowa obustronna, uzupełniająca braki drugich przedtrzonowych i obu trzonowych. Na 1+, +1 zniszczone i przebarwione zaprojektowano zęby ćwiekowe Richmonda. Ze względów kosmetycznych dostosowano na czas wykonania zasadniczej pracy porcelanowe zęby Logana, osadzone przy pomocy Fletschera.

Przypadek 2.

Pani J. B. Jama ustna protezowana mostami 4+ 6+, +4 +7, 4— 2—, 1+ korona złota. Koronę 1+ zdjęto ostrożnym cięciem od strony językowej. Ząb okazał się żywy, o dośrodkowej ścianie silnie uszkodzonej. Zadecydowano wykonanie Richmonda na 1+ ze względu na głęboki zgryz. Podczas leczenia (dewitalizacji) naprawiona złota korona służyła jako tymczasowa ochrona i uzupełnienie. Po ścięciu części koronowej zęba, podczas wykonywania Richmonda dostosowano ząb Davisa, osadzony na Fletscherze, jako uzupełnienie tymczasowe.

Przypadek 3.

Pan A. K. Pacjent nosi górną częściową dostawkę kauczukową. W dole braków niema. Na zniszczoną 1+ zaprojektowano ząb ćwiekowy metodą Schrödera (lany ćwiek). Na czas leczenia i wykonania pracy dostosowano pacjentowi ząb ćwiekowy Logana na Fletscherze.

Przypadek 4.

Pan C. W. Jama ustna z nielicznymi brakami w odcinku trzonowych, 1+ silnie rozchwiana, R. wykazuje duże zmiany przyszyjkowe, sięgające do szczytu korzenia. Zaprojektowano na 3+ 2+ korony trzyćwierciowe, 1+ dowieszony ząb syst. Trupontic. Po wykonaniu koron trzyćwierciowych wzięto wycisk gipsowy sekcyjny szeregu 3+ 2+ 1+, ustalono barwę przyszłego zęba, odlano model. Z modelu wycięto 1+, wyżłobiono zagłębienie odpowiadające kierunkowi korzenia na 3—4 mm., doszlifowano ząb — wykończono most.

W znieczuleniu usunięto 1+, po 20 minutach, przy trwającym znieczuleniu most zacementowano.

W ciągu dwu następnych dni okolica 1+ wykazywała lekki naciek i zaczerwienienie. Po trzech dniach naciek zniknął, gojenie przebiegało prawidłowo. Warunki kosmetyczne okazały się zadawalniające.

Przypadek 5.

Pan M. S. Pacjent nosi w szczęce górnej most półokrężny +1 7+. W szczęce dolnej korony —4 —5; 1— 2—, —1 —2 silnie rozchwiane, —6 —7 brak. Wzięto wycisk gipsem z zachowanymi zębami, ustalono barwę zębów i zgryz. Z modelu wycięto 1— 2—, —1 —2, dostawkę wykończono bez przymiarki. W pół godziny po ekstrakcji 1— 2—, —1 —2 oddano dostawkę. Pacjenta kontrolowano w odstępach trzymiesięcznych; w 10 mies. od zabiegu chirurgicznego warunki okazały się zadawalające.

P r z y p a d e k 6.

Pan H. L. Pacjent nosi oddawna górną częściową dostawkę przy zachowanych, choć rozchwianych i obnażonych 3+ 4+, +3 +5. Dolny łuk z brakami nieznacznymi. Dostawka tymczasowa wykonana po ekstrakcji rozchwianych zębów i osadzona w 8 dni po zabiegu w ciągu 6 miesięcy wykazywała dobre utrzymanie. Po 10 miesiącach wykonano uszczelnienie dodatkowe brzegów czarną gutaperką.

PIŚMIENNICTWO.

J u l i u s Dr e s e l dr. Z. Rdsch. 1938 Nr. 7 Ein einfaches Verfahren fehlende Vorderzähne zu ersetzen.

H i r s e k o r n dr. Paradentium 1938 Nr. 2. Die biologischen Grundlagen zur Erhaltung des Alveolarfortsatzes im Lückengebiss in ihrer Bedeutung für die prothetische Behandlung.

H r u s k a A. dr. Z. Rdsch. 1937. Nr. 44. Zur zeitweiligen Versorgung der für die Mantelkrone zugeschliefenen Zahnstümpfe.

M a n d l dr. Z. Rdsch. 1936 Nr. 43. Untersuchungen über die Ursache des Schwundes des knöchernen Alveolarfortsatzes beim zahnlosen Kiefer.

M ü l l e r B. dr. Z. Rdsch. 1936 Nr. 49. Der Resilienzweg.

R e i c h m a n n dr. Z. Rdsch. 1937 Nr. 31. Soll die Prothese gaumenvärts unpoliert oder poliert sein?

S ö m j e n I. dr. Z. f. Stom. 1937 Nr. 22. Ersatz abgebrochener Porcellanfacetten durch Silikat.

S c h r ö d e r H. dr. Lehrbuch der technischen Zahnheilkunde. 1925.

S p r o t h e n J. dr. Z. Rdsch. 1936 Nr. 6. Zur Frage der Indikation der Immediat-Prothese.

W e h l a u dr. Z. f. Stom. 1937 Nr. 18. Temporäser Ersatz im Frontzahngebiss.

———o———

Z Kliniki Dentystyki Zachowawczej Akademii Stomatologicznej w Warszawie (Kierownik: Prof. Dr K. SZEPELSKI).

Lek. dent. HALINA NOWAKOWSKA-KONOPACKA. Warszawa.
st. asystent Kliniki.

Kwas trójchlorooctowy w zębolecznictwie.

Wskazania i sposób działania różnych środków terapeutycznych używanych w stomatologii zasługuje na dokładne poznanie. Duża ilość medykamentów została przekazana nam, że tak powiem, przez tradycję, inne zapożyczono z sąsiednich gałęzi medycyny. Stomatologia używa prawie wyłącznie antyseptyków oraz kwasów. Farmakologia jest bogata w pierwsze jak i drugie, i chodziłoby nam tylko o zrobienie wyboru, co nie jest łatwym, szczególnie dla praktyków,

którzy nie mają możliwości przeprowadzania takich badań jak lekarze pracujący na klinikach. Zastosowanie na istocie żyjącej jakiegoś środka nie jest doświadczeniem chemicznym, w którym można zmieniać dowolnie czynniki. W medycynie musimy być b. ostrożni w ocenie rezultatów, gdyż warunki zastosowania nigdy nie są dwa razy te same. To też przyjęcie tego, lub innego środka leczniczego przez praktyka jest uzależnione raczej od wrażeń ogólnych, niż od analizy szczegółowej własności farmakodynamicznych proponowanego preparatu. Taki antyseptyk jak formalina, którego własności antyseptyczne są niewątpliwe, powoduje jeszcze dotąd spory co do warunków stosowania i niebezpieczeństwa jakie przedstawia. Używanie kwasów uogólniło się przy zabiegach w najróżniejszych stanach zapalnych dziąseł, a przecież liczne prace amerykańskie wykazują olbrzymie niebezpieczeństwo, na które zębowa tkanka jest narażona pod wpływem większości proponowanych kwasów.

Jednym z dobrze znanych środków żrących jest kwas trójchloroctowy.

Rodier używał go od r. 1895. Edward C. Kirk w swoim podręczniku o dentystyce (r. 1910), poleca w wypadkach wyrzynania się zęba mądrości stosować kwas trójchloroctowy; przepisuje on także roztwór wodny 50% do zabiegów przy owrzodzeniach jamy ustnej. W rozdziale poświęconym zabiegom przy pyorrhea alveolaris nie ma o tym wzmianki. L. Satineau chirurg-dentysta francuskiego szpitala w Kairze publikuje w 1922 r. w „Semaine Dentaire“ krótką monografię o użyciu kwasu trójchloroctowego.

W monografii tej zdaje on sprawę z rezultatów 15 letniej praktyki.

Wreszcie dr Marcel Darcissac stomatolog szpitala Laënnee używa systematycznie od wielu lat kwasu trójchloroctowego nie tylko jako środka przyżegającego w jamie ustnej, lecz także jako antyseptyka w leczeniu zębów. Przypomnijmy sobie teraz jego własności chemiczne, fizyczne, działanie farmaceutyczne i przyżegające. W stanie czystym występuje kwas trójchloroctowy pod postacią kryształków bezbarwnych, jest b. hygroskopijny, wchłania szybko wilgoć z powietrza i rozpada się. W buteleczce źle zamkniętej tworzy się po pewnym czasie płyn brunatny; jest to roztwór nasycony kwasu trójchloroctowego, w tym stanie jest on b. żrący i doskonale nadaje się do użycia.

Kwas trójchloroctowy topi się w temperaturze 55^{0} C., a wre przy 195^{0} C. Darcissac używa tej niskiej temperatury topnienia do przygotowania śnieżnego kw. trójchloroctowego. Kwas trójchloroctowy CCl^{3} COOH może być uważany za pochodną kwasu octowego CH^{3} COOH przez zastąpienie trzema atomami chloru trzech atomów wodoru w rodniku alifatycznym. Grupa kwasowa COOH pozostaje nietknięta. Po za tym istnieją również kwasy jedno i dwu chloroctowe $CH^{2}Cl$ COOH i $CHCl^{2}COOH$.

Podług Richtera pod kwasowością rozumie się wprowadzenie atomów chlorowca (halgenu) do cząsteczki. Stwierdzono, że kwas najbogatszy w chlorowiec jest najbardziej żrącym z tej serii.

Po raz pierwszy Dumas otrzymał ten kwas w r. 1839, działając strumieniem chloru gazowego na kwas octowy w świetle słonecznym. Dodajmy jeszcze, że w roztworze wodnym rozpada się na chloroform i kwas mrówkowy; ta sama wymiana następuje pod działaniem alkaliów.

The pharmacopoeia w U. S. A. tak określa warunki czystości, którym powinien odpowiadać kwas trójchloroctowy farmaceutyczny:

a) po spaleniu powinien zostawić przynajmniej 0.05% popiołu;

b) dodanie kilku kropel roztworu nitratu srebra do 10 cm^3 roztworu $^1/_{20}{}^0$ kwasu trójchloroctowego powoduje większe spalinowanie płynu (brak chlorków w pokaźnej ilości) ;

c) rozpuszczając kryształek siarczanu żelaza w 5 cm^3 roztworu $^1/_{20}{}^0$ kwasu trójchloroctowego i wlewając do 5 cm^3 kwasu siarkowego, nie powinno się otrzymać zabarwienia brunatnego (nieobecność związków nitrowych);

d) rozpuszczając 4 g. kwasu trójchloroctowego suchego w 50 cm^3 wody i miareczkując roztworem jednonormalnym potasu żrącego, używając przy tym fenolftaleiny jako indykatora, powinno się stwierdzić przynajmniej 99% kwasu.

Kwas trójchloroctowy jest łatwo rozpuszczalny w wodzie, alkoholu, eterze.

Jego ciężar cząsteczkowy wynosi 163,39. Ze względu wrażliwości na światło, lepiej go przechowywać w butelkach ciemnych. Zapach ma słaby, a smak piekący. Stałość jego roztworów jest wystarczająca, aby się nie obawiać nagłych zmian na niższe kwasy chloroctowe.

Działanie lecznicze kwasu trójchloroctowego w stomatologii polega na tem, że kwas ten charakteryzuje silne powinowactwo względem białka, dzięki czemu kwas ten jest stosowany z powodzeniem w chemii biologicznej przy analizach moczu i wydzielaniu białka. Jeśli podziałamy śladem kwasu trójchloroctowego na śluzówkę, powstaje natychmiast lśniąca biaława błona ze ściętego białka. Warstwa ta ogranicza natychmiast działanie środka żrącego na śluzówkę i ochrania tkankę od zbyt głębokiego obumierania. Nazajutrz błona ta może być usunięta, w przeciwnym razie nastąpiłoby owrzodzenie.

Porównajmy teraz kwas trójchloroctowy z innymi kwasami żrącymi zaproponowanymi w stomatologii do wypalania owrzodzeń w jamie ustnej, wszczególności z kwasem chromowym i siarkowym dymiącym. Te dwa ostatnie kwasy są przede wszystkim tlenowe. Niszczą one tkankę w głąb. Jeśli chodzi o działalność kwasu chromowego, to nie ustaje ona aż wszystek tlen uwolnimy według poniższego wzoru

$$2\ Cr\ O^3 \longrightarrow Cr^2O^3 + 3O$$

nie zostanie zużyty na spalenie materii organicznej.

Jeśli chodzi o kwas siarkowy dymiący, to najpierw następuje odtlenianie pg wzorku

$$SO^3 \longrightarrow SO^2 + O,$$

a następnie odwodnienie ograniczone szybko rozrzedzeniem środka żrącego w ślinie.

Tym sposobem kwas trójchloroctowy posiada niezaprzeczalną wyższość, aby być środkiem żrącym zewnętrznym, którego używanie jest mniej niebezpieczne niż innych. Należy obawiać się zawsze zgubnego działania na tkanki zębowe.

D a r c i s s a c, opierając się na wieloletnim doświadczeniu klinicznym przy głębokim wypalaniu kwasem trójchloroctowym mógł stwierdzić, że nigdy nie skonstatował żadnego odwapniającego działania na tkankę zębową.

Zaznaczyć teraz musimy jego własności hemostatyczne, tamujące krwawienie, na skutek ścinania albumin w plaźmie krwi. Powoduje on działanie krzepnięcia potężne, natychmiastowe, i trwałe zawsze, zwłaszcza przy sączeniu się lub krwotoku na dużej przestrzeni dziąseł.

Przy preparowaniu ubytków w okolicy przydziąsłowej zawsze jesteśmy narażeni na skaleczenie dziąsła, co nam później pracę uniemożliwia, a tembardziej przy zakładaniu plomb, kiedy chodzi nam o uzyskanie jaknajbardziej idealnej suchości danego ubytku; wtedy kwas trójchloroctowy oddaje ogromne usługi, gdyż wystarczy zaaplikowanie małej ilości tegoż kwasu na tamponiku do opanowania zupełnego krwawienia, czy sączenia z dziąseł. Wiemy również dobrze, jak groźne komplikacje pociąga za sobą krwawienie miazgi w czasie otwierania komory przy zastosowaniu znieczulenia miejscowego (zabarwienie zęba), w tym wypadku również kwas trójchloroctowy jest niezawodny, ma on tę wyższość w porównaniu z wodą utlenioną, której stale się używa w stomatologii jako środka odkażającego, że jest szybszy w działaniu, bardziej aktywny i pozwala pracować „na sucho“.

Kwas trójchloroctowy jest mniej niebezpieczny niż inne środki żrące jak kwas siarkowy, lub chromowy, prócz tego biało-perłowa błonka, która się tworzy w miejscu przyżegania pozwala ordynującemu upewnić się, że żaden punkt, który miał być wypalanym, nie uszedł jego uwagi.

E d w a r d C. K i r k w Filadelfii zachwala stosowanie roztworu kwasu trójchlorowego o mocy 50% przy stanach zapalnych dziąseł.

Marcel D a r c i s s a c stosuje z bardzo dużym powodzeniem kwas trójchloroctowy przy utrudnionym wyżynaniu się zębów mądrości. W żadnym wypadku nie należy używać kwasu trójchloroctowego w postaci kryształków, gdyż w ten sposób można wywołać poważne komplikacje. Dr. E y m e r i przytacza wypadki ciężkich uszkodzeń

dna jamy ustnej i gardła przy używaniu kwasu trójchloroctowego w postaci krystalicznej i wymienia nawet wypadek śmierci zaobserwowany przez d-ra F r i b o u r g'a u dziecka na skutek obrzęku głośni.

Dr. D a r c i s s a c stosuje kwas trójchloroctowy przy leczeniu przewodowym zębów z miazgą zdrową i zainfekowaną.

W przypadkach dewitalizacji zębów w miazdze zdrowej stosuje on znieczulenie miejscowe, następnie wykonywa amputację miazgi komorowej, lub extirpację całkowitą, nie używając nerwociągów przy zastosowaniu których mogą mieć miejsce niemiłe powikłania w postaci złamania dryla, czy nerwociągu w przewodzie.

Po wykonaniu extirpacji przewód plombuje.

Dr. D a r c i s s a c stwierdza, że:

1) dezynfekcja pola operacyjnego i sączków jest bezwzględnie zabezpieczona i że nie nastąpi podrażnienie okolicy przywierzchołkowej na skutek kilkakrotnego zastosowania kwasu trójchloroctowego;
2) krwawienie jest zahamowane dzięki jego bardzo energicznej akcji przez uformowanie skrzepu ze ściętej albuminy;
3) w okolicy przywierzchołkowej wytwarza się skrzep jałowy, lub na wysokości ujść przewodów miazgowych (o ile była wykonana amputacja), tworząc czop izolacyjny, na powierzchni którego wytwarza się zbliznowacenie, bez którego miały by miejsce komplikacje pooperacyjne na skutek działania kwasu trójchloroctowego na tkanki żywe, albo przez podrażnienie wywołane pastą, którą wypełnia kanały.

Następnie w przypadkach leczenia zębów z miazgą zainfekowaną, dr. D a r c i s s a c zakłada początkowo kwas trójchloroctowy do przewodów niehermetycznie parę razy, później przechodzi na opatrunki hermetyczne również 2, 3-krotne i kanał wypełnia.

Zaznacza, że cały szereg przypadków powyższych skomplikowanych ogniskami przywierzchołkowymi również wyleczył, stosując kwas trójchloroctowy przewodowo; po 2, 3 zabiegach likwidował ropienie i przewód wypełniał.

Pasta przepchnięta przez wierzchołek wykazuje na rentgenie wypełnienie ubytku kostnego, lub wnętrza ziarninaka i nie wywołuje żadnej reakcji bolesnej.

Dr. D a r c i s s a c kontrolował te zęby następnym zdjęciem rentgena i stwierdzał cofanie się zmian przywierzchołkowych.

Dr. D a r c i s s a c stwierdza na podstawie swych badań, że wprowadzenie kwasu trójchloroctowego do terapii dentystycznej jest środkiem nowym, godnym uwagi ze względu na jego działanie dezynfekcyjne nader szybko kanały i że dzięki niemu można uniknąć zabiegów chirurgicznych.

Kwas trójchloroctowy na Klinice Dentystyki Zachowawczej sto-

sowałam z doskonałymi rezultatami we wszystkich przypadkach krwawień czy to pochodzenia dziąsłowego, czy też z miazgi.

Kwas trójchloroctowy jest niezastąpionym środkiem przy wypalaniu wszelkiego rodzaju przerostów brodawek międzyzębowych, przy przewlekłym zapaleniu ziarninowym miazgi, gdzie polip taki z łatwością daje się usunąć. Należy uważać aby umoczony tamponik był zawsze odsączony, gdyż w przeciwnym razie, kwas spływając po instrumencie, może poparzyć jamę ustną chorego. Przejdę teraz do omówienia kwasu trójchloroctowego przy leczeniu przewodowym zębów z miazgą zdrową oraz zainfekowaną. Ponieważ na klinice naszej dewitalizację miazgi przeprowadzamy przy zastosowaniu arsenu, w tych przypadkach kwas trójchloroctowy nie mógł być już tak użytecznym, dawał jednak b. dobre rezultaty przy wąskich przewodach, gdzie zachodziła obawa złamania nerwociągów; miazga przewodowa usuwała się w postaci czarnych zwęglonych kawałeczków, naogół bezboleśnie. Kwas trójchloroctowy zawkładałam również i na sączkach do przewodów hermetycznie, nie stwierdzając podrażnienia ozębnej. Badania bakteriologiczne wykonane w pracowni na klinice przez st. asystentkę lek.-dent. W. Zakrzewską, wykazały jednak wzrost streptococów i staphilococów.

Największą uwagę poświęciłam zastosowaniu kwasu trójchloroctowego w zębach z miazgą zainfekowaną. Zawartość przewodową usuwałam na 3 posiedzeniach, jeżeli była reakcja bolesna ze strony ozębnej, pozostawiałam „leczenie otwarte" t. zn. do ubytku i komory nic nie zakładałam, a tylko pacjent w czasie jedzenia obowiązany był zakładać watkę. O ile reakcji ze strony ozębnej nie stwierdziłam, zakładałam w ciągu tych 3 posiedzeń watkę suchą nad przewód pod sandarak; po całkowitym usunięciu mas rozpadu z przewodów zakładałam 1 lub 2 razy sączek suchy niehermetycznie, nie chcąc odrazu wprowadzać środków ścinających; następnie przechodziłam na opatrunki niehermetyczne, zakładając już kwas trójchloroctwowy do przewodów, później hermetycznie i to nie 2, 3 razy, lecz 6, 8. Reakcja bolesna ze strony ozębnej nie występowała, przeciwnie w całym szeregu przypadków, gdzie inne preparaty nie dawały pożądanych rezultatów, kwas trójchloroctowy bolesność tę ze strony ozębnej likwidował.

Przy uporczywych wysiękach następowała szybko likwidacja tychże, sączki makroskopowo były suche i czyste.

Badania bakteriologiczne wykazały jednak również wzrost streptococów, staphillococów oraz drożdży.

Próby zastosowania jonodontu nie polepszały sytuacji i nie dały wyników dodatnich.

Nawiązując do tego, że dr. D a r c i s s a c stwierdza zanikanie zmian przywierzchołkowych, zrobiłabym małe zastrzeżenie, co właściwie na to wpływa, czy uprzednie stosowanie kwasu trójchloroctowego i wypalanie nim ziarniny znajdującej się przy wierzchołku drogą przewodową, czy też przepchnięcie pasty, co wywołuje, jak wiemy, otorbienie się ogniska.

Bez względu jadnak na te ujemne wyniki, jakie kwas trójchloroctowy wykazał przy leczeniu przewodowym zębów z miazgą zdrową, oraz zainfekowaną, winien on i tak znaleźć się w gabinecie każdego praktykującego lekarza-dentysty jako środek przyżegający i powiedziałabym pomocniczy przy leczeniu zachowawczym zmian ziarninowych przywierzchołkowych.

PIŚMIENNICTWO.

Dr. P. Eymeri: Actiens caustiques et acide trichloracetique en stomatologie.

Dr. M. Darcissac: Note sur l'emploi de l'acide trichloracetique en pratique stomatologique. Congrès de Stomatologie, Paris 1927, in Revue de Stomatologie Nr. 12 1927.

Z Kliniki Dentystyki Zachowawczej Akademii Stomatologicznej w Warszawie.
(Kierownik: Prof. Dr KONRAD SZEPELSKI).

Lek. dent. JANUSZ KRZYWICKI. Warszawa.
st. asystent Kliniki.

Przypadek asymetrii żuchwy.

Skomplikowane warunki rozwoju twarzy i jamy ustnej są przyczyną często spotykanych zaburzeń rozwojowych charakteryzujących się asymetrią twarzy. W zaburzeniach tych należałoby rozróżniać dwie grupy:

a) zaburzeń wczesnych (t. j. w życiu płodowym),
b) zaburzeń późnych (w okresie wzrostu i rozwoju ustroju pozapłodowym.

Tak więc do zaburzeń wczesnych zaliczyć musimy: rozszczepy części miękkich i kości (warg, szczęk, podniebienia, skośne twarzy, aż do zupełnego braku twarzy). Wszystkie te zaburzenia polegać będą na niecałkowitym rozwoju lub też niepołączeniu się poszczególnych odcinków. Z zaburzeń polegających na powstrzymaniu wzrostu poszczególnych części twarzy wspomnieć należy: cyklopię, małe usta, zbyt małe lub brak warg, zbyt małą, połowę, lub brak zupełny żuchwy, mały i rozszczepiony język. Inną grupę będą tworzyć nadmierne wzrosty: warg, t. zw. wargi olbrzymie, język olbrzymi, wysunięcia ku przodowi wyrostka zębodołowego lub też okolicy brody. W samych szczękach rozróżnić możemy zaburzenia w rozwoju kości szczęk i zębów pod postacią wysunięcia ku przodowi szczęki górnej, cofnięcie brody ku tyłowi, wysunięcie żuchwy przy nadmiernym rozwoju.

Jednostronne zaburzenia pod postacią silnego rozrostu kości twarzy jednej strony (szczęka górna i dolna) występować mogą przy skrzywieniu szyji wrodzonym (wczesnym, lub nabytym — późnym)

w wieku młodym lub też nadmiernym rozwojem wyrostka stawowego żuchwy, co powoduje rozrost pozorny połowy żuchwy.

Niedorozwój szczęki górnej wywołuje cofnięcie górnego odcinka twarzy t. zw. epistognację. Zaburzenia ze strony zębów mogą występować pod postacią nieprawidłowości samych zębów pod różnymi postaciami (budowa zębów, ustawienie w szczękach, w ilości, przedwczesnym lub opóźnionym wyrzynaniu, położeniu w stosunku do innych zębów. Zaburzenia te również mogą być pochodzenia rozwojowego: ułożenie zawiązków, lub też nabyte pod wpływem krzywicy, sztucznego odżywiania, nawyków, przedwczesnego usunięcia zębów mlecznych i t. p.

Chcę tu opisać przypadek nadmiernego jednostronnego rozwoju szczęki dolnej, która to wada nie występuje często.



Rys. 1.

Pacjent W. O., l. 29, zgłosił się celem przejrzenia i leczenia zębów. Już na pierwszy rzut oka zauważyłem wybitną asymetrię twarzy wywołaną przesunięciem linii środkowej brody w prawą stronę oraz niższym przebiegiem dolnego brzegu żuchwy po stronie lewej. Sądziłem początkowo, iż jest to jakieś przemieszczenie pourazowe, jednak po stwierdzeniu, iż zgryz jest zupełnie prawidłowy, brak jedynie trzech zębów, o czem wspomnę jeszcze, przeprowadziłem dokładny wywiad i badanie.

Pacjent podał, że: asymetria twarzy zaczęła powstawać w wieku 16 lat bez uchwytnej przyczyny i osiągnęła stan obecny w przeciągu 2—3 lat, zupełnie bezboleśnie, dlatego też nie zwracał się do lekarza

o poradę. Sam przypuszcza, iż przyczyną wywołującą była nauka pływania, którą w tym czasie przeprowadzał, pływając przeważnie na lewym boku tak, że lewa połowa głowy była zanurzona w wodzie. Sprawa ta rozwijała się powoli i dopiero gdy asymetria osiągnęła stan obecny, zwrócił na to uwagę. Ogólnie czuje się zupełnie dobrze, chorował jedynie w dzieciństwie na odrę. W rodzinie podobnych spraw nie było. (Rys. 1. 2. 3.).

Przy badaniu stwierdziłem: prócz wymienionej asymetrii jakby nadmierny rozwój trzonu żuchwy po stronie lewej, której krawędź



Rys. 2.

dolna tworzy jakby łagodny łuk wypukłością zwrócony ku dołowi. Kąt żuchwy po stronie lewej lekko spłaszczony, jednak wyraźnie zaznacza się zejście krawędzi dolnej i ramienia wstępującego. Ta asymetria w obrębie żuchwy wywołuje skrzywienie twarzy charakteryzujące się w skośnym przebiegu ust: od góry strony prawej ku dołowi strony lewej oraz lekkie przesunięcie nosa w stronę prawą, powstałe prawdopodobnie przez pociąganie części miękkich. Dotykiem w powłokach twarzy żadnych zmian nie stwierdziłem, ze strony cz. twardych, prócz opisanych zmian przy oględzinach. W przedsionku, jamie ustnej właściwej i gardzieli bez odstępstw od stanu prawidłowego. W uzębieniu brak: 6—, 6+ i korzenie po —6, parę zębów z metalowymi wypełnieniami, uzębienie silne. Gruczoły podżuchwowe po stronie prawej niewyczuwalne, z lewej gruczoł „B“ (wg. Partscha) wielkości groszka, niebolesny konsystencji twardej, przesuwalny

względem podłoża i skóry. Celem dokładniejszego zilustrowania sprawy podam wymiary żuchwy.

	Strona lewa	*prawa*
Od wyrostka stawowego do kąta żuchwy	9,1 cm	7,2 cm
„ kąta żuchwy do linii środkowej brody po dolnej krawędzi żuchwy	14,3 „	10,4 „
„ kąta żuchwy do linii środkowej brody po zewnętrznej powierzchni żuchwy	12,8 „	11,3 „



Rys. 3.

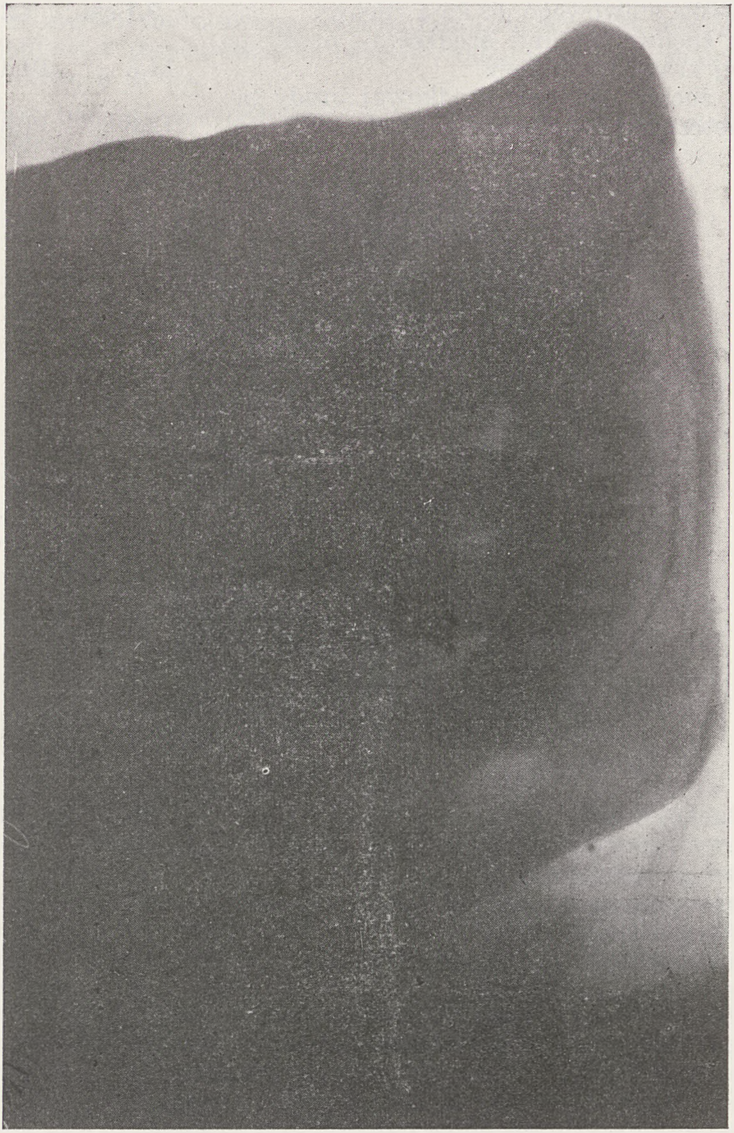
Rentgenogramy: prawej strony bez zmian, lewej w obrębie trzonu żuchwy prócz zgrubienia, lekkie zaciemnienie jednak z zupełnie wyraźnym rysunkiem beleczek kostnych. (Rys. 4. i 5.).

Chcąc się upewnić, czy zmiany dotyczą jedynie kośća twarzy, czy też całego, pobieżnie zbadałem chorego i poza zbyt długimi kończynami górnymi żadnych odstępstw od stanu prawidłowego nie stwierdziłem.

Podejrzewając tę sprawę o tło gruczołów wkrewnych, skierowałem jeszcze swój wywiad w tym kierunku; pacjent oświadczył mi, iż prócz późnego dojrzewania i występowania drugorzędnych i trzeciorzędnych cech płciowych, żadnych zaburzeń nie zauważył.

Przechodząc do rozpoznania, możemy przypuszczać, iż jest to sprawa:

a) nowotworowa,
b) przerost na tle zapalnym lub też
c) zaburzenia rozwojowe (nadmiernym wzrostem).



Rys. 4.

Ad a). Posądzając to schorzenie o sprawę nowotworową, należałoby skłonić się ku sprawie nowotworowej łagodnej (powolny wzrost, brak skłonności do zmian wstecznych, charłactwa i przerzutów), a więc włókniaka powstałego z okostnej, chrzęstniaka, kostniaka lub też szkliwiaka. Przeciwko sprawie nowotworowej łagodnej przemawia zahamowanie wzrostu, brak zmian na rentgenogramie, brak jakiegokolwiek zgrubienia trzonu żuchwy, a jedynie uwypuklenie dolnej krawędzi. Ze spraw nowotworowych złośliwych mógłby wystąpić: rak lub mięsak, jednak przeczy im brak ogólnych zmian w postaci wyniszczenia, charłactwa, które spowodowane mogą być samozatruciem skutkiem nietypowego burzliwego rozpadu komórek (Abderhalden), lub też zaczynów heterolitycznych rozkładających białka tkanek (Neuberg i Blumenthal), jady te wywołują hemolizę, która staje się powodem niedokrwistości. Przeciwko sprawie nowotworowej złośliwej przemawia również brak szybkiego, stałego naciekającego wzrostu, brak zmian ze strony gruczołów chłonnych (raki) oraz brak istnienia przerzutów. Jednym jeszcze motywem przemawiającym przeciwko rakowi jest wiek pacjenta, gdyż rzadko on występuje między 20 i 30 rokiem życia. Chociaż w sprawach nowotworowych zahamowanie wzrostu lub samowyleczenie należy do rzadkości (blizna po rozpadzie), w danym przypadku nie możemy o tem sądzić, gdyż objawy kliniczne i przebieg, nie wskazują na takie zejście. Obrót taki możliwy jest u ludzi jedynie pod wpływem światłolecznictwa (promieni Rentgena, radu lub mezotoru), które zabija komórki miąższu a pobudzają zrąb łącznotkankowy tworzący następowo bliznę, o czem w danym przypadku mowy być nie może.

Ad b). Przeciwko istnieniu wytwórczego stanu zapalnego lub też zaburzeniom rozwojowym na tle przebytego zapalenia, przemawiają dane anamnestyczne: brak cech zapalenia ostrego, bezbolesne i powolne rozwijanie się danej sprawy, brak zmian w gruczołach chłonnych. W zapaleniach wytwórczych najcharakterystyczniejszą cechą jest tworzenie się nowych tkanek z tkanki miejscowej lub też rozplem tkanki łącznej tworzącej zrąb narządu. Ostry stan zapalny musimy odrzucić, przewlekłe wytwórcze mogą występować: a) z zanikiem tkanek, b) z wysiękaniem, c) nadmiernym rozrostem tkanek. Procesy te w układzie kostnym mogą powstawać przy zapaleniu szpiku, kostniejącym zapaleniu okostnej pod postacią ograniczonych zgrubień i stwardnień. Jeżeli powstawanie tych stanów zapalnych przyjmiemy nie jako odpowiedź na podrażnienie, a akt dodatkowy, którego zadaniem jest wyrównanie ubytków powstałych w stanach zapalnych (Cohnhein) lub też odpowiedź tkanki żywej na podrażnienie zapalne (Virchow), tembardziej przeczyć będą możliwości istnienia w danym przypadku stanu zapalnego. Przewlekłemu procesowi zapalnemu przeczy również brak rzutów wybuchowych, tak charakterystycznych dla tych spraw. Nawet w pomyślnym zejściu przewlekłych stanów zapalnych, co bywa rzadko, powstają zawsze zgrubienia okostnej, których w tym przypadku nie spostrzegamy.



Rys. 5.

Ad c). Najbardziej prawdopodobnym wydają mi się zaburzenia we wzroście. Moglibyśmy tu mówić o zmianach postępowych pod postacią przerostu lub rozrostu. Gdy pierwszy cechuje się powiększeniem poszczególnych pierwiastków i powstaje dzięki działaniu silnych bodźców przez dłuższy czas, wyczerpując przez to zapas energii, dla dalszego jej ujawnienia materia musi ulec powiększeniu. Komórki przyjmują więcej pożywienia, gromadzą je w postaci białka, co zwiększa ich objętość. Jednak powiększenie to nie zawsze jest wystarczające w stosunku do intensywności bodźców, dalsze powiększanie jest niemożliwe, gdyż działalność życiowa jądra nie może podołać roli, jaką winno spełniać, wtedy to mamy do czynienia z drugą sprawą, pod postacią dzielenia się komórek na nowe jednostki czynnościowe czyli tzw. rozrostem. Jako pojedyńcze sprawy te występują rzadko, przeważnie równocześnie z przewagą jednej. Co do istoty w danym przypadku trudno jest skłonić się do jednej czy drugiej w braku dokładnych badań, możemy jednak przyjąć, iż jest to sprawa o etiologii nieznanej, która może tkwić w zaburzeniach chemicznych (wydziel. gruczołów wewnętrznym), z fizycznych: termiczne (zmiana temperatury przy kąpieli) i mechaniczne (drażnienie przez zanurzanie do wody). Skłaniam się ku tej koncepcji, gdyż sprawa wystąpiła w okresie pokwitania, gdy następują zmiany w organizmie w związku ze zmianą czynności gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym, z których jedne zwiększają, drugie zmniejszają swoją działalność. Na sprawę tę wskazywałyby: późne dojrzewanie, wysoki wzrost osobnika, z nadmiernie długimi kończynami górnymi (brachyskelia), charakterystyczny układ twarzy — ogólny wygląd zbliżony do typu gigantyzmu przysadkowego. Dziwnym się tylko wydaje, że sprawa ta dotyczy jednej tylko strony, tu również śmiem przypuszczać, grały właśnie rolę czynniki termiczne i mechaniczne, uczulając jakby tkanki na hormony krążące we krwi w zmienionej ilości niż w stanach fizjologicznych, dzięki zaburzeniom w działalności gruczołów wkrewnych.

———o———

Lek. dent. dr ALEKSANDER H. REICH. Warszawa.

Ceramika i jej zastosowanie w zachowawczym zębolecznictwie.

W dzisiejszych czasach staramy się w dentystyce więcej, niż kiedykolwiek przedtym, przez ceramiczne wykończenie naszych prac, osiągnąć wynik, który byłby najwięcej zbliżony, do warunków stworzonych przez naturę. Tylko najwięcej zbliżone do naturalnego, odbudowanie zniszczonych zębów, czy też całych części uzębienia (t. zn. wyrostka) zadawalnia lekarza i pacjenta. Materiałem, który najbardziej nadaje się do tego celu, jest porcelana. Dlatego materiał ten, po-

winien znaleźć jak najszersze zastosowanie u lekarzy dentystów i wtedy możemy być pewni, że żądaniom naszych pacjentów stanie się zadość.

Ze względu na to, że porcelana przez swoje olbrzymie zalety, zaczyna zajmować czołowe miejsce wśród materiałów używanych w dentystyce, wypierając coraz bardziej złoto i inne szlachetne metale, do niedawna uważane za niezastąpione, chciałbym wspomnieć parę słów o historii tego materiału.

Nazwa ceramika pochodzi od greckiego słowa ceramos, co oznaczało wszystkie przedmioty wyrabiane z gliny. Sama ceramika jednak, nie powstała bynajmniej w Grecji, jakby wynikało z nazwy ogólnie przyjętej, lecz należy do najdawniejszych zajęć ludzkości.

Najdawniejsze pomieszczenia ludzkie, były robione z plecionek oblepianych gliną, jak również pierwsze naczynia były gliniane. Zabytki z tej dziedziny europejskie i poza europejskie, sięgają na wiele tysięcy lat przed N. Chr.

Jednej rzeczy nie wiemy tylko, kiedy ludzkość przeszła do tego, by glinę poddać działaniu ognia, przez co zwiększyła się kolosalnie jej wytrzymałość.

Dopiero od Asyryjczyków, Egipcjan, Babilończyków i Persów przejęli Grecy i Rzymianie tę sztukę, przytym Egipcjanie wypalali już nawet na swych przedmiotach kolorowe glazury. Jak rozwiniętą była wtedy ta sztuka, widzimy z przedmiotów wydobytych z egipskich piramid i grobowców królewskich.

Można powiedzieć, że techniczne wykonanie przedmiotów z ziemi krzemionkowej dawnych czasów, dorównywało prawie dzisiejszym, które zmieniło się dopiero w ostatnich czasach, po zmechanizowaniu całej techniki. Stopniowo dopiero z tej ceramiki zaczyna rozwijać się nowa gałęź przemysłu, „sztuka robienia porcelany". Zanim właściwie porcelana została do Europy wprowadzoną, fabrykowali ją z wielkim mistrzostwem Chińczycy, wyrabiający już w 600 r. p. N. Chr. lekko przezroczyste błyszczące naczynia porcelanowe. Mistrzostwo, z jaką Chińczycy opanowali trudną fabrykację porcelany, jest godne podziwu, gdyż technika ich jest jeszcze do dzisiejszego dnia bardzo prymitywną. Recepty wyrobu swoich mas zachowywali oni w najgłębszej tajemnicy, przekazując je tylko swoim najbliższym z pokolenia na pokolenie. Kiedy w Chinach proces uszlachetniania kamionkowych wyrobów do porcelanowych stopniowo się rozwijał, ponieważ używano tam tylko plastycznych surowców, to już w Europie rozpoczęto wykorzystywać także mniej plastyczne surowce zamiast tłustej gliny.

Pierwszym, który wynalazł białą twardą porcelanę przez dodanie kaolinu i znalazł dla niej praktyczne zastosowanie, był aptekarz niemiecki, Jan Fryderyk Böttger w r. 1709.

Wynalazek ten dokonał olbrzymiego przewrotu w ceramice. Białe wyroby porcelanowe zostają kolosalnie rozpowszechnione, powstają

firmy Meissena, Wiedeńska, Berlińska, Petersburska Manufaktura i inne.

Skład porcelanowych mas używanych w dentystyce jest zbliżony do tej twardej białej porcelany. Do fabrykacji tych mas nadają się tylko najczystsze surowce, gdyż w przeciwnym wypadku, nie moglibyśmy uzyskać odpowiednich kolorów, ponieważ barwiki zmieszane z masą, łączyłyby się z domieszkami.

W skład mas porcelanowych używanych w dentystyce wchodzą zasadniczo: kaolin, kwarc i szpat polny. Kaolin i kwarc tworzą substancję całej masy, nadając jej charakterystyczną twardość. Pozatym kwarc przez właściwość zwiększania swej objętości podczas wypalania, przeciwdziała kurczeniu się masy porcelanowej. Szpat polny z różnymi chemikaliami, przyczynia się do zmiękczenia tej b. ciężko topliwej substancji, obniżając jej punkt topliwości. W zależności od procentowej ilości tych surowców, otrzymujemy materiał o wyższym stopniu topliwości — twardszy, lub o niższym stopniu topliwości — miększy, zbliżony bardziej w swej strukturze do szkła.

Jako barwiki zostają dodane twardym masom porcelanowym, głównie tlenki metali, dające następujące zabarwienia:

Tlenek	złota	kolor	różowoczerwony
„	srebra	„	pomarańczowy
„	kobaltu	„	niebieski
„	cyny	„	biały
„	tytanu	„	żółto brązowy
„	manganu	„	fioletowy
„	irydu	„	czarny
„	chromu	„	zielony
„	żelaza	„	czerwony
„	niklu	„	szary.

Tlenki te, muszą być dodane masom w jaknajwiększym rozdrobnieniu, by otrzymać jednolity efekt barwy. Osiągamy to rozdrobnienie i idealne rozdzielenie w masie przez stopienie barwików, najpierw z kwarcem samym i ta masa dopiero po zmieleniu zostaje wymieszana z resztą składników porcelany.

Początkowo stomatolodzy, zajmujący się przeważnie ceramiką, byli zmuszeni do sporządzania mas porcelanowych, we własnych laboratoriach. Przemysł bowiem dostarczał produkty niezbyt dobre, dobór kolorów był trudny. Więcej rozpowszechnione były wtedy masy np. Brilla, Gutowskiego i Jenkinsa, niż przemysłu dentystycznego. Przy dzisiejszym rozwoju ceramiki dentystycznej, nie mamy już tego kłopotu. Masy porcelanowe dostarczane nam przez takie firmy jak: S. S. White, Justi, de Trey, Vita (Dr. Hildebrandta) i inne są pierwszorzędnej jakości, chociaż do idealnych jest jeszcze daleko. Idealną była by taka masa, która przy dużej twardości i mocy leżała by martwo podczas procesu

wypalania, t. zn. nie zmieniała swej objętości (kurczliwość mas), dawała się łatwo modelować — formować i posiadała punkt topliwości leżący w temperaturze niezbyt wysokiej. O właściwym punkcie, temperaturze topliwości, jak np. przy metalach, przy masach porcelanowych wogóle mówić nie możemy. Jest on zmienny w zależności od temperatury i czasu jej działania na wypalony produkt. Naprzykład jedną i tę samą masę porcelanową, można stopić raz przy temperaturze wyższej i krótszym działaniu jej na masę, drugi raz przy niższej, zwiększając odpowiednio czas trwania działania jej na masę. Przyczem masa porcelanowa poddana temperaturze niższej, zato dłużej wypalana, jest twardszą, wytrzymalszą. Krótko powiedziawszy: proces wypalania masy porcelanowej, zależny jest od sumy wysokości temperatury i czasu jej oddziaływania na masę, a nie jest tylko zależnym od wysokości temperatury. Czem wolniej wzrasta temperatura — czem dłużej wypalamy masę, tem lepszy produkt — porcelanę otrzymujemy.

Problem łatwego doboru odpowiedniej barwy wypalonej porcelany, został bardzo pomyślnie rozwiązany przez firmę Vita (Dr Hildebrandt), który wprowadził specjalną masę zastępującą dentynę i inną zastępującą szkliwo.

Po tym wstępie o historii i istocie tego materiału, muszę wspomnieć o zaletach i wadach porcelany, przy stosowaniu jej w dentystyce.

Chociaż wadami są: łamliwość, kruchość i trudniejsze wykonanie naszych prac porcelanowych, niż z metalu, jednak zalety jak: wygląd estetyczny, niezniszczalność, olbrzymia wytrzymałość przy nacisku, głównie zaś, wielka tolerancja jaką wykazują tkanki organizmu ludzkiego, stykającego się z wysoko wypaloną glazurowaną porcelaną, sowicie wynagradzają nam te nieliczne braki. W protetyce np. nie znamy dotychczas innego materiału, któryby tak nie wywoływał żadnej ujemnej reakcji, przy zetknięciu się z delikatnymi tkankami jamy ustnej, jak porcelana.

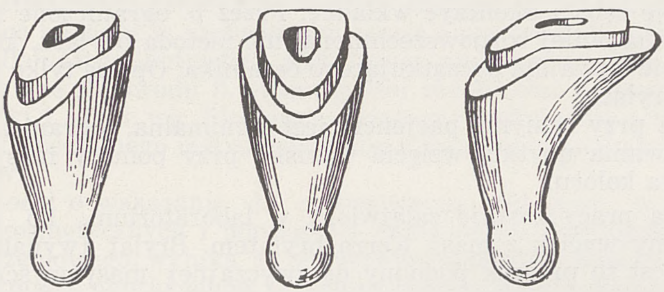
Jak wielką jest ta tolerancja, widzimy np. przy zastosowaniu zębów pontopinowych, wprowadzanych do rany poextrakcyjnej, która się idealnie przytym goi. Z badań histopatologicznych wiemy, że gdy przy naszych metalowych pracach, nawet idealnie wykonanych, jakieś 90% wykazuje stan zapalny okołozębia stykającego się z metalem, to przy zastosowaniu prac porcelanowych, zmian tych nie obserwujemy. Brill, zachęcony tymi wynikami, posunął się jeszcze dalej i implantuje specjalnie wypalone korzenie porcelanowe, kolbowato zgrubione, przy apeksie w naturalną, to zn. poextrakcyjną, a nawet także sztucznie zrobioną alweolę. Takie implantowane korzenie, wykorzystuje on, jako filary pomocnicze przez włączenie ich w konstrukcję mostków, jak również do przymocowania protez po chirurgicznym stworzeniu alweoli. Rys. 1.

To też słusznie mówi Doxtater, że gdyby prace porcelanowe nawet nie miały estetycznego wyglądu, znalazłyby zastosowanie w dentystyce, przez swój hygieniczny wpływ na okoliczne tkanki.

Prace porcelanowe sporządzone przez nas laboratoryjnie, mają zastosowanie w dentystyce zachowawczej, jako wkładki porcelanowe i w protetyce jako mosty z porcelany palonej, korony pochewkowe, bloki i inne.

Teraz ograniczę się tylko do omówienia zastosowania porcelany w dentystyce zachowawczej.

Do niedawna wkładki porcelanowe, wykonywane były tylko przez nielicznych praktyków, i to nie często, ze względu na trudności z ich wykonaniem związane: sama preparacja zęba bowiem, wykonanie formy dla wypalenia wkładki i samo wypalenie wymagało wiele zachodu, co mocno je podrażało. W cementach krzemowych posiadaliśmy materiał do wypełnień, prawie też taki dobry, dający nam w niektórych przypadkach nawet lepsze wyniki, niż wypalona wkładka, który jednak ze względu na swoje ujemne cechy, jak mala wytrzymałość brzegów, oddziaływanie wolnego kwasu na miazgę, duża wrażliwość na wilgoć, kurczliwość, co wywoływało wtórną próchnicę,



Rys. 1. Korzenie porcelanowe wg. Brilla używane do implantacji. Przez kolbowate zgrubienie przy apeksie silne oparcie o kość i lepsze utrzymanie przez ściągającą się tkankę łączną. Kołnierz i kanał dla połączenia przy pomocy odlewanej czapeczki Richmonda.

sprawiał wiele kłopotów lekarzom. Cementy te wprowadziły się do dentystyki, gdyż nie było lepszego materiału do wypełnień zębów przednich, któryby tak łatwym był do stosowania. I tym się tłumaczy, że w ostatnich latach wkładki porcelanowe jeszcze mniej stosowane były niż kiedyś, wyparły je cementy krzemowe.

Ostatnio daje się zauważyć znowu zwrot w tej dziedzinie. Rozwój dentystyki i idące z tym w parze większe zrozumienie dla kosmetyki i wymagania pod względem wytrzymałości, przyniosły to z sobą. Jedynym czynnikiem hamującym ten rozwój jest ciężkie położenie materialne większości naszych pacjentów, nie mogących najczęściej pozwolić sobie na wyższe honorarium, spowodowane większym nakładem pracy, mimo że technika sporządzenia wkładek została znacznie uproszczoną. Na tym polu największe zasługi poniósł Brill, którego metoda brylatu ma dziś największe zastosowanie w Ameryce i w Euro-

pie. Pierwotna metoda wycisku przy pomocy folii podścielonej następnie do wypalenia masą ogniotrwałą, została dziś prawie, że zupełnie zarzuconą. Wykrystalizowały się obecnie 2 metody, jedna Brilla, który stara się wyeliminować niemiłe wady wycisku foliowego, jak długa i uciążliwa praca w dopolerowywaniu folii przy samym pacjencie, gorsza przejrzystość konturów i formy przy wypalaniu wkładek, niemożliwość wypalania wkładek ze zgryzem w okludatorku, niemożliwość wzięcia dokładnego wycisku foliowego w mniej dostępnych, lub złożonych ubytkach, przez zastosowanie swego brylatu. Druga — Fehra, wychodzącego z założenia, że przez samo ufałdowanie i dopolerowanie folii, ale tylko platynowej do ubytku, zostaje nadana jej taka wytrzymałość pod względem zachowania formy, iż możemy w niej bezpośrednio wypalić wkładkę, bez podścielania masą ogniotrwałą. Wypala je on przy pomocy aparatu tlenowego. Brilla metodą możemy wypalać tylko w piecu elektrycznym. Jak wszędzie tak i tutaj, jedna metoda jak i druga, ma swoje zalety i wady. Metodą Fehra jesteśmy w stanie podczas jednego posiedzenia, rozpocząć preparację zęba i ukończyć wkładkę. Przez b. ograniczone możliwości, jest ona mniej rozpowszechnioną, niż metoda brylatu, która jest szczególnie łatwa dla początkującego ceramika. Opiszę tylko pokrótce metodę brylatu.

Praca przy samym pacjencie jest minimalna, ogranicza się do spreparowania ubytku, wzięcia wycisku przy pomocy masy Kerra i dobrania koloru.

Reszta pracy zostaje załatwioną w laboratorium. Po pierwsze wyściełamy wycisk z masy Kerra brylatem. Brylat (wynalazek Dr. Brilla) jest to proszek podobny do zwyczajnej masy wyściółkowej, który rozrobiony z wodą, (konsystencja śmietany) twardnieje po jakichś 20 minutach.

Po stwardnieniu brylatu, którym wyłożony jest wycisk, rozmiękczamy masę Kerra nad płomieniem lampki spirytusowej i usuwamy ją z brylatu. W otrzymanej w ten sposób foremce brylatowej, wypalamy bezpośrednio wkładkę porcelanową. Takie modele - foremki z brylatu posiadają b. ostre kontury, dużą wytrzymałość brzegów, nie łączą się podczas wypalania z masą porcelanową i w zupełności nie zmieniają swej objętości.

To są charakterystyczne właściwości wynalazku Brilla, który całą technikę wypalania wkładek znacznie uprościł. Pierwsze gatunki brylatu były koloru białego, jak gips, więc dla odróżnienia od masy porcelanowej w nim zawartej, zabarwiano, izolowano model brylatowy rozczynem chlorku platyny. Dzisiejszy Neo-Brillat zawiera już w sobie niebieskawy barwik zastępujący chlorek platyny. Po wypaleniu model brylatowy zanurzamy z wkładką w wodzie, przez co oddziela się brylat od porcelany. Okrągłą szczoteczką używaną do czyszczenia zębów usuwamy ostrożnie, by nie uszkodzić brzegów wkładu, resztę brylatu.

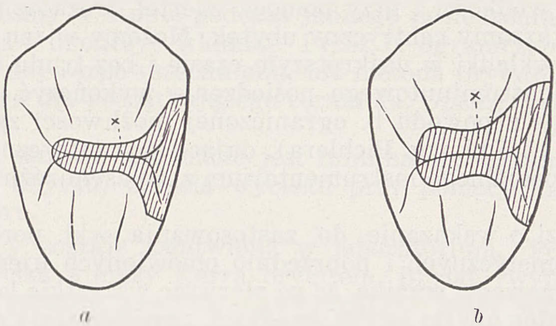
Usiłowania w kierunku jak największego uproszczenia metody

sporządzenia wkładów porcelanowych szły jeszcze w innym kierunku. Przy pomocy odpowiedniego aparatu i porcelany starano się umożliwić odlewanie wkładów porcelanowych w ten sam sposób, w jaki to odlewamy metalowe wkłady. Metoda ta jednak mało się wprowadziła i zawiodła pokładane w niej nadzieje. Ażeby materiał ceramiczny móc odlać, musimy go przegrzać, przez co upodabnia się on więcej w swej strukturze do szkła i traci na wytrzymałość. Dalszymi wadami tych wkładów jest mała ostrość brzegów, chropowata powierzchnia i niemożliwość sporządzenia jednego wkładu z różnymi kolorami, co najczęściej robimy, sporządzając wkłady np. przyszyjkowe, gdzie części koronowe i korzeniowe mają inne odcienie. Jeszcze trzeci istnieje rodzaj wkładów poza palonymi i lanymi — są to tak zwane wkładki Dalla albo Guttmana. Zasada tej metody jest wręcz przeciwna niż poprzednich. Dall i Guttmann nie sporządza wkładek odpowiednich do ubytków, a tylko ubytki do fabrycznie sporządzonych wkładek. Są to cylinderki, właściwie odwrotne stożki z porcelany różnego koloru, wielkości i przy pomocy wierteł, frezków tego samego rozmiaru, stwarzamy centryczny ubytek. Możemy w ten sposób bardzo dokładne wkładki w najkrótszym czasie i bez trudu w przeciągu jednego kilkunastuminutowego posiedzenia wykończyć. Nie wprowadziły się one z powodu b. ograniczonej możliwości zastosowania, (tylko ubytki 1 i 5 kl. wg. Pichlera), dające się centrycznie oczyścić), koniecznego specjalnego instrumentarium z zapasem różnokolorowych cylinderków.

Jeśli chodzi o wskazanie do zastosowania wkł. porc., to już ze względów kosmetycznych i poprzednio omówionych ujemnych stron cementu krzemowego, wynika, że po pierwsze wszystkie labialne i czysto aproksymalne ubytki zębów przednich, przedstawiają dla ceramika wdzięczne pole działania. W tych ubytkach klasy V i III wg. Blacka nie są one wystawione bezpośrednio działaniu siły zgryzu. Te wkładki możemy sporządzać nawet zupełnie spokojnie z niskotopliwej masy porcelanowej. Labialne, cerwikalne ubytki, stanowią właściwie bezwzględne wskazania dla wkładek porcelanowych, gdyż cement krzemowy w tym miejscu jest prawie nimożliwością dobrze założyć, i nawet koferdam przytym nam nie pomoże. Jeśli nawet zostaną dobrze założone, to przez mechaniczne tarcie szczoteczką do zębów ulegają w krótkim czasie zniszczeniu. Te wkładki możemy stosować z największym powodzeniem, gdyż nie są one bezpośrednio wystawione na działanie siły zgryzu. Inaczej przedstawia się sprawa przy odbudowie całych rogów porcelanowych klasy IV wg. Blacka. Wypełnienia te, są w najsilniejszym stopniu wystawione na działanie siły zgryzu, co stwarzałoby przeciwwskazanie do zastosowania tego materiału, ze względu na możliwość pęknięcia wkładki. Do wypełnienia tych zębów jednak nie mamy materiału lepszego, pomijając złoto ze względu na kosmetykę, wobec czego musimy starać się tylko, przez odpowiednią preparację, o której pomówię później, stworzyć jak najlepsze warunki dla umocowania i trwałości wkładu. Nie stosując takich wkładek, pozostawałoby nam tylko jedno wyjście: uciec się do

większego uzupełnienia zęba, spreparować go i założyć pochewkową koronę. Na to znowuż często nie zgadza się pacjent. Poza tym przy złożonych ubytkach II-ej klasy wg. Blacka, a więc gdzie ubytek obejmuje oclusalną i aproksymalną część zębów trzonowych i przedtrzonowych, jeżeli są one widoczne i pacjent żąda tego, możemy z dużym powodzeniem stosować wkłady porcelanowe. W tych wypadkach, nie radziłbym wcale próbować otrzymać wycisk foliowy, a tylko w pierścieniu mosiężnym wziąść wycisk masą Kerra z całego zęba, wysłać brylatem i w nim wypalić. Tutaj tylko metodą brylatu osiągamy dobre wyniki.

Głównym przeciwwskazaniem dla wkładów porcelanowych są zbyt małe ubytki. Pojęcie, które często spotyka się u lekarzy dentystów, że ubytek jest dość duży i przez to nie nadaje się na wkład porcelanowy jest z gruntu rzeczy fałszywym. Już samo wzięcie wycisku i wypalanie małej wkładki nastręcza wielkie trudności, a cóż dopiero zacementowanie, kiedy trudno jest utrzymać ją w ręku i osadzić w właściwym

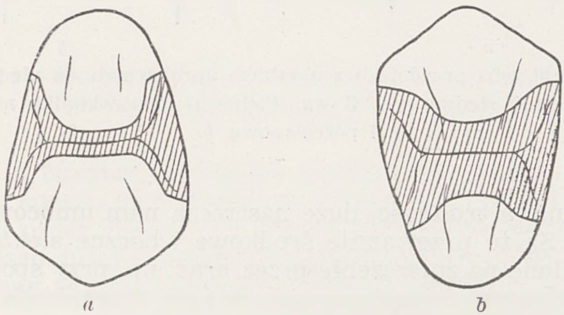


Rys. 2. Preparacja przedtrzonowca z ubytkiem mezjalno albo distalno okluzalnym pod wkładkę metalową *a*, i porcelanową paloną *b*. × miejsce, na które najmocniej działa siła rozrywająca wkład.

położeniu. Można śmiało nawet powiedzieć, że trudności preparacji, wycisku, wypalenia i zacementowania rosną odwrotnie proporcjonalnie z wielkością wkładki. Poza tym przy niehigienicznie utrzymanej jamie ustnej może być niebezpieczeństwo powstania wtórnej próchnicy tak wielkie, że należy rozważyć, czy nie lepiej byłoby założyć metalową wkładkę dającą się dopolerowywać do brzegów i ściślej do nich przylegającą.

Przechodząc teraz do preparacji ubytków, muszę zaznaczyć, że jest ona z jednej strony w zasadzie taką samą jak preparacja pod wkładki metalowe, z drugiej strony różni się znacznie od niej, przez zupełnie różny charakter obydwóch materiałów. Coprawda w jednym i drugim przypadku rozchodzi się nam o wykonanie i dopasowanie odpowiednich kawałków porcelanowych, czy też metalowych, jakby cegiełek i wstawienie ich do przedtym przygotowanego tej formy ubytku. Np. przy ubytku obejmującym mezjalno albo dystalno oklusalną część zęba (rys. 2), wystarczy przy metalu wąskie ramię w oklusalnej

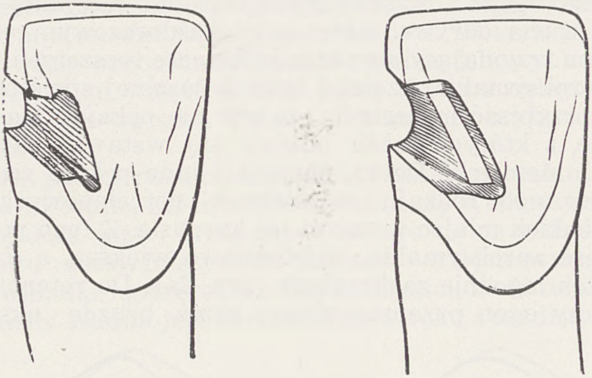
części zęba, jeśli oczywiście próchnica nie zmusza nas do większego, o ostrych brzegach najczęściej w kształcie jaskółczego ogona. Przy takim ukształtowaniu wkładka porcelanowa nie wytrzymałaby siły żucia, i pękła by w miejscu najwęższym, a mianowicie: przy połączeniu jaskółczego ogona z masywniejszą disto lub mezjalną jej częścią. Siła bowiem żucia odrywa jakby przy każdorazowym nagryzaniu, jaskółczy ogon trzymający się przez kolbowate rozszerzenie na swoim końcu, od aproksymalnej części i tylko kolosalnej spoistości molekułów metalu przypisać możemy to, że one nie pękają. Ale już metale nieszlachetne, z których także odlewa się wstawki, jak np. metal würzburgski, niemiecki Deufa, tominit i inne pękają często w tym miejscu. Przy tego rodzaju wstawkach porcelanowych unikamy wszelkich cienkich miejsc w całym jej korpusie. Z tego powodu musi być cała część aproksymalna, objętościowo większa, a linie ograniczające ubytek łagodnie zaokrąglone (rys. 2a). Do retencji służy tak samo jaskółczy ogon przeprowadzony przez bruzdę ukształtowany



Rys. 3. Preparacja przedtrzonowca o ubytku mezjalno-destalno-okluzalnym, *a* pod wkładkę metalową, *b* — porcelanową.

również masywniej i to nie tylko szerzej ale i głębiej. W rezultacie jest cała wkładka objętościowo większa i masywniejsza. To samo dotyczy wkładek obejmujących distalną i mezjalną część np. przedtrzonowca, połączonych ze sobą ramieniem przechodzącym przez bruzdę (rys. 3a i b). Tutaj nawet w obydwóch kierunkach działają siły rozrywająco, a więc istnieje jeszcze większe niebezpieczeństwo pęknięcia przy nieodpowiedniej preparacji. Rysunek 3a przedstawia preparację zęba takiego dla wkładki złotej, zaś 3b, dla wkładki porcelanowej. Lepsze warunki mamy przy ubytkach aproksymalnych zębów przednich, nieprzechodzących na powierzchnię sieczną (Blacka kl. III). One nie podlegają bezpośredniej sile gryzienia. Ale i tu wkładka porcelanowa musi być masywniejszą niż złota. Ostro zarysowane jaskółcze ogony muszą być uniknięte i uciekamy się do kastenowej (pudełkowatej) formy i schodków, by stworzyć dobre warunki trzymania się wkładki w ubytku. Rys. 5. oraz 6. przedstawiają nam preparację takich zębów, z jednej strony pod wkładkę metalową,

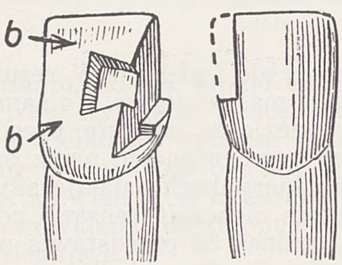
z drugiej — porcelanową. Na specjalne omówienie zasługują ubytki, obejmujące całe rogi zębów przednich. Przy tych ubytkach bardzo ważną rzeczą jest dobry wygląd kosmetyczny, który dać nam może



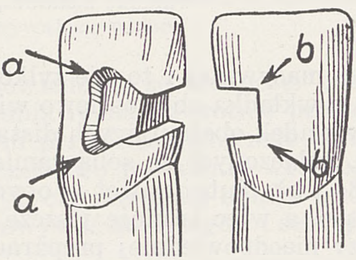
a *b*

Rys. 4. Preparacja zęba przedniego z ubytkiem aproksymalnym nie przechodzącym na powierzchnię sieczną (kl. 3 wg. Pichlera) pod wkładkę metalową *a* i porcelanową *b*.

tylko porcelana, a trudności duże nastręcza nam umocowanie, retensja wkładki. Są to przeważnie środkowe i boczne siekacze, najbardziej wystawione na zniszczenie przez uraz, np. przy sporcie, wypadkach motocyklowych i innych. Jeżeli w tych wypadkach, przez frakturę zostaje otworzona miazga, to po wyleczeniu zęba mamy możli-



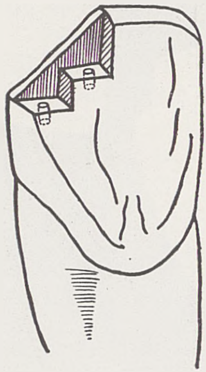
Rys. 5. Niewłaściwa preparacja zęba pod wkładkę porcelanową z powodu ostrych brzegów w punkcie *b*.



Rys. 6. *a* właściwe zaokrąglone ograniczenie ubytku (kl. 3 wg Pichlera) pod wkładkę porcelanową, *b* błędne ze strony labialnej.

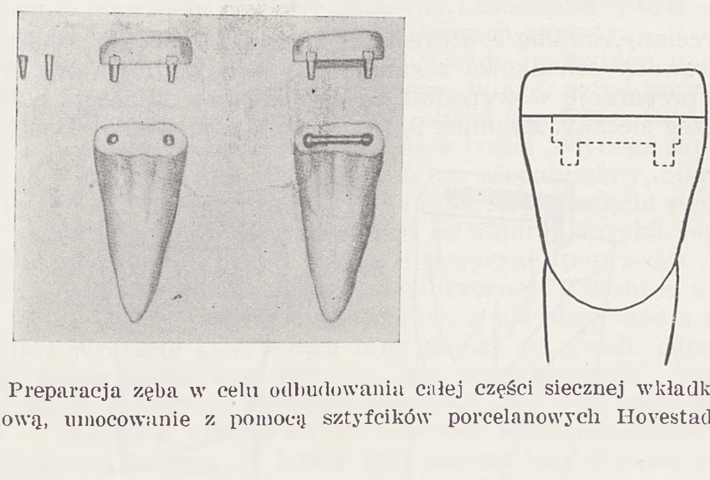
wość wkładkę łatwo umocować w przewodzie. W przeciwnym wypadku, to znaczy gdy miazga jest nieuszkodzona, musimy przekonać się najpierw przy pomocy zdjęcia Röntgena, jak dużą przestrzeń zajmu-

je komora i jakie jest jej położenie wobec szkliwa i dentyny. Wtedy dopiero możemy zadecydować, czy nie korzystniej byłoby wykonać koronę pochewkową. żywotność miazgi musi być oczywiście zbadaną. Gdy decydujemy się na wykonanie takiej wkładki, oszlifowujemy naj-



Rys. 7. Preparacja zęba dla odbudowania części zniszczonego brzegu siecznego. Umocowanie sztyftami porcelanowymi.

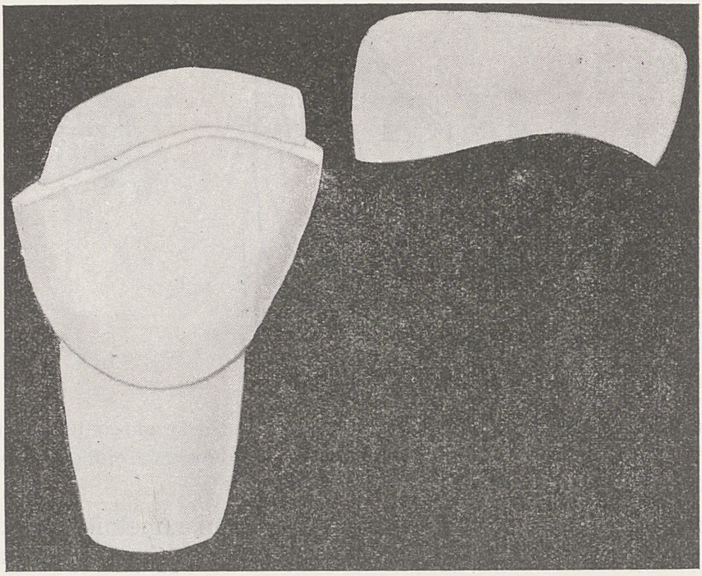
pierw ząb na labialnej widocznej powierzchni zupełnie gładko, określając w ten sposób jej widoczne granice (rys. 5, 6, 7, 8). W następnej fazie naszej pracy stwarzamy umocowanie dla wkładki, podlegającej w tym miejscu dużej sile zgryzu, uwzględniając i przeciwdziałając temu. Osiągamy to przez spreparowanie uszkodzonej aproksymalnej



Rys. 8. Preparacja zęba w celu odbudowania całej części siecznej wkładką porcelanową, umocowanie z pomocą sztyfcików porcelanowych Hovestadta.

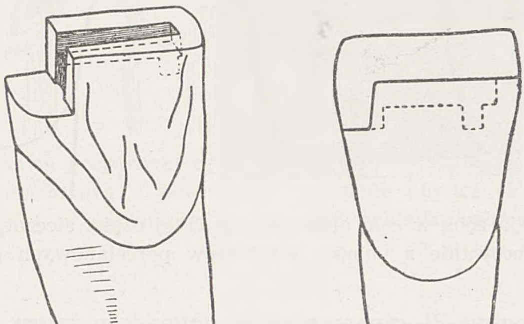
części zęba ze strony palatynalnej schodkowo (rys. 7). W schodkach tych możemy wyborować dwa małe kanaliki, dla umocowania wkładki na sztyftach w nią wpalonych, przeciwdziałających sile wypycha-

nia wkładki w stronę aproksymalną i labialną. Kiedyś używano do tego sztyfcików platynowych. Platyna jednak osłabia w miejscu wpalenia porcelanę i dlatego dzisiaj stosuje się sztyfciki z bardzo twar-



Rys. 9. Preparacja zęba, podobna do preparacji pod koronę pochewkową, przy zniszczonym szkliwie, a zachowanej zębinie według Spaldink - Botha.

dej porcelany, według J. Hovestada. Rysunek 7 przedstawia nam ząb spreparowany schodkowo z kanalikami dla sztyftów. Rys. 8 przedstawia preparację w wypadku, kiedy jesteśmy zmuszeni odbudować cały brzeg sieczny. Rysunek 9, preparację zęba według Spalding-Bo-



Rys. 10. Preparacja zęba pod wkładkę porcelanową o zniszczonej powierzchni siecznej i części aproksymalnej.

tha w zasadzie zupełnie identycznej, jak preparacja zęba pod pochewkową koronę. Taka preparacja jest szczególnie korzystną przy frakturach zębów przednich u dzieci, wtedy, kiedy szkliwo odprysło, a zębinę możemy zachować dla ochrony miazgi i retensji tej wkładki. Rysunek 10 przedstawia schematycznie preparację zęba, kiedy odbudować musimy powierzchnię sieczną i część aproksymalną.

Rysunki Hovestada, Spalding-Botha, Brilla i inne zostały skopiowane z Pracy V. K. Ilga (Zahnärztliche Keramik).

———o———

JULIAN ŁĄCZYŃSKI, *Pabianice.*
lekarz stomatolog.

Stan lekarsko-dentystyczny w obliczu zadań własnego samorządu zawodowego.

Pierwszy etap prac nad organizacją izb lekarsko-dentystycznych ma się ku końcowi — treścią jego, to zgodny wysiłek, a często mozolna praca organizacyj zawodowych w łonie „Bloku Wyborczego", który, mimo swej nazwy, stał się jedynym i istotnym reprezentantem zawodu, oraz koleżanek i kolegów w poszczególnych komisjach wyborczych.

Myliłby się jednak każdy, ktoby sądził, iż ten okres i okres go bezpośrednio poprzedzający był „sielskim i anielskim"; były — choć nie musiały koniecznie być — w tych okresach zgrzyty.

Ktoś, omawiając obrady pewnego zjazdu, odbytego u schyłku 1937-go roku, odmawiał komuś drugiemu wiary, uznał patriarchalnie, że wszystko, co było przedmiotem obrad tegoż zjazdu, było niepotrzebne; w krytyce swojej zamknął się w treści jedynego słowa „negacja", co jednak nie przeszkadzało mu ten niepotrzebny, nieproduktywny (może szkodliwy?) zjazd omawiać aż na dziewięciu stronicach druku!? Ktoś inny znów sięgnął z kolei po nimb historyka, myślę, że chyba zbyt pośpiesznie, gdyż szkice historyczne poprzedza zwykle mrówcza praca znalezienia prawdy historycznej, a cechuje objektywizm i zimne bez uprzedzeń ujęcie spraw, a nie niezgodne z prawdą przesłanki! Wreszcie ktoś znowu inny szukał na gwałt odpowiedzi na przez siebie postawione pytanie „kto się przyczynił?" i również zabawił się w historyka, przykład biorąc z góry i te same stosując metody — znalazł w efekcie swych usiłowań swoją względnie swego grona wyłączną zasługę. W końcu ktoś jeszcze togę Katona pogodził ze stylem biblijnym, sięgnął po analizę psychiki zawodu i pouczał go czem są dla niego izby lekarsko-dentystyczne.

Jeśli o tym wspominam, to czynię to z przykrością i z konieczno-

ści, aby ktoś kiedyś znów nie zastosował do wspomnianych enuncjacyj przysłowia „qui tacet consentire videtur“! życie samo przeszło nad tym wszystkim szczęśliwie do porządku dziennego, jak przechodzi zawsze nad wszystkim, co nosi w sobie cechy ujemne lub złośliwe!

Historycznym natomiast, ponad wszelką wątpliwość, **zdarzeniem to fakt,** iż mimo tych wszystkich dysonansów i niedozwolonych chwytów — **organizacje zawodowe lekarsko-dentystyczne potrafiły wykrzesać z siebie istotne wartości i doprowadzić do zjednoczenia,** dając tym świadectwo niespożytej siły, tkwiącej w szeregach naszego zawodu i jego zdolności do pozytywnej pracy. **I to jest najważniejsze i to jest istotne,** napawa bowiem wiarą, że ten ogrom zadań, jaki ma do wykonania zawód w ramach działalności izb lekarsko-dentystycznych, będzie mógł być dokonany w zgodnym, zjednoczonym wysiłku.

Zagadnienie zaś należytego spełnienia tych zadań na pozór wydaje się być sprawą odrębną — w istocie natomiast jest problemem podstawowym i złożonym i wiąże się z problemem ogólnym t. j. z losami, przeznaczeniem i przyszłością polskiej inteligencji. Długotrwały okres pozostawania zawodu bez własnego samorządu zawodowego, stronienie niemal jego połowy od własnych organizacyj zawodowych, zamknięcie się tych ostatnich w kręgu wyłącznie spraw osobistych — wszystko to wywarło deprymujący wpływ na wartość siły zbiorowej, jaką zawód winien był ujawnić w okresach szczególnie dla niego decydujących, a w skutkach dalszych stworzyło takie warunki, że wówczas, gdy na szalę układu sił społecznych w Państwie rzucane były głosy innych — brakło głosu zawodu lekarsko-dentystycznego. Ze zjawiskami tymi zetknęliśmy się niejednokrotnie w mniejszym lub większym stopniu, przeżywając je często w sposób nad wyraz przykry. Nie ulega kwestii, że zawód lekarsko-dentystyczny wyszedł z tego okresu poważnie osłabiony, że jego struktura została w pewnym stopniu wypaczona, na szczęście jednak nie w takim, aby mówić o zniszczeniu. **Wartości istotne, nie mniejsze od wartości innych zespołów inteligenckich pozostały nienaruszone,** nie miały tylko warunków, aby się wyzwolić i przemienić w czyn.

Dziś, gdy zawód lekarsko-dentystyczny uzyskał własny samorząd zawodowy, zaistniały warunki wyzwolenia tych wartości i sił, nadszedł moment wykazania, że zdolni jesteśmy na tym odcinku życia społecznego dokonać pracy pozytywnej **nie tylko dla dobra naszego zawodu, ale nadto i pracy o pełnych wartościach dla ogólnego biegu i kształtowania się życia społecznego w Państwie.**

Na wstępie wspomniałem, że pierwszy etap prac nad organizacją naszego samorządu zawodowego ma się w tej chwili ku końcowi; stajemy w obliczu wyborów do rad okręgowych izb lekarsko-dentystycznych.

Uroczysta to i przełomowa chwila! Po raz pierwszy paść mają nasze głosy, jako pełnoprawnych do samostanowienia o naszym zawodzie — po raz pierwszy dopełnić mamy aktu, potwierdzającego zrównanie naszych praw z innymi zawodami!

Dopełnienie tego aktu winno się odbyć z całą powagą i godnością, winno dać drugi zkolei po zjednoczeniu zawodu, dokonanym poprzez „Blok Wyborczy“ — dowód jedności działania i zwartości szeregów! Wybory, to generalna próba potwierdzenia tej solidarności, w imię której zawód zdobył się na zjednoczenie — wybory to widomy znak dojrzałości społecznej. **Wierzę, że nie tylko absolwenci b. P. I. D. i A. S., ale wszyscy wyjdą z tej próby zwycięsko,** przechodząc do porządku dziennego nad zawsze możliwymi próbami takiej czy innej dywersji!

Zdać sobie należy nadto sprawę jeszcze z jednego nie mniej ważnego momentu. Mianowicie uprzywilejowane stanowisko, zapewnione ustawą o izbach lekarsko-dentystycznych stomatologom, a więc możność należenia do izby lekarsko-dentystycznej na podstawie swobodnego uznania, a nawet w przypadku należenia niepodleganie sądownictwu tychże izb, dało już swoje wyniki w apelu Związku Stomatologów lwowskiej izby lekarskiej do swych członków i innych o powstrzymanie się w zapisywaniu na listę członków izby lekarsko-dentystycznej. Na liście członków naszej izby figuruje zaledwie kilka osób z pośród doktorów medycyny w większości będących jednocześnie lekarzami dentystami, absolwentami b. P. I. D. a w jednym jedynym wypadku tylko doktór medycyny, docent i kierownik jednej z katedr specjalnych, Akademii Stomatologicznej.

Nie wiem, czy źródła tego powstrzymywania się stomatologów, należy dopatrywać się w taktownym podkreśleniu przez stomatologów ich desinteressement w chwili stanowienia o składzie osobowym władz naszego samorządu (tak sądzę), czy też jako oddźwięku akcji lwowskiej izby lekarskiej, która była propagatorką na szeroką skalę zakrojonego przeciwdziałania przeciwko utworzeniu izb lekarsko-dentystycznych. Tak czy inaczej nic nie zmieni faktu, że w pierwszym pięcioleciu prac izb lekarsko-dentystycznych, **zdani jesteśmy wyłącznie na własne siły** i nimi będziemy musieli przeprowadzić zadania przed nami stojące.

Wybory do rad okręgowych, to nie akt w sobie zamknięty, ale jeden z pierwszych, a zatym podstawowych etapów kształtowania się ośrodka dyspozycyjnego zawodu, jakim są izby lekarsko-dentystyczne, ich władze i organa, a więc nie tylko rady okręgowe i ich zarządy, ale i naczelna izba lekarsko-dentystyczna, sądy polubowne i dyscyplinarne, komisje rewizyjne, delegatury i komisje specjalne. Całość zaś, to nie stanowiska reprezentacyjne, ale placówki ciężkich, mozolnych prac, przeprowadzenie których niejednokrotnie związane będzie z uszczerbkiem dla własnego warsztatu pracy.

Czas trwania kadencji tych władz i organów — to długi okres pięciu lat, w którym nie będą mogły być dokonane żadne zmiany w składzie osobowym.

I ten pierwszy okres pięciolecia jest szczególnie ważnym, podjęte bowiem muszą w nim być i dokonane prace z zakresu naczelnych postulatów świata lekarsko-dentystycznego, postulatów, które od sze-

regu lat czekają na ich spełnienie. Ten okres pięciolecia ma stworzyć podstawy stukturalne stanu lekarsko-dentystycznego, a ustaleniem zasad normatywnych nie tylko rozwiązać problemy dzisiejsze, ale sięgnąć w przyszłość zawodu, kładąc pod nią podwaliny. Na obecnej generacji lekarzy-dentystów ciąży przeogromna odpowiedzialność zarówno wobec zawodu jak i Państwa i społeczeństwa; każdy z członków naszego zawodu uprzytomnić sobie musi, że te pace nie mogą się zamknąć wyłącznie w kręgu egoistycznie ujętych postulatów zawodowych, ale że na nich wyciśnięty być musi równocześnie stygmat spełnienia należycie pojętego obowiązku obywatelskiego. Stworzenie takiego dopiero założenia w podejściu do rozwiązania tych problemów, **postawi zawód lekarsko-dentystyczny w rzędzie pełnowartościowych zespołów społecznych i pozwoli mu osiągnąć cele, jakie Państwo w ramach stworzonego dla niego samorządu zawodowego zakreśliło.**

Padł w międzyczasie, na szczęście odosobiony głos, sugerujący obawę, by zawód lekarsko-dentystyczny nie zamknął się „w ramach doktrynerskich programów polityczno-partyjnych“ oraz, by „nie dał się poprowadzić na pasku, który zarzucić na nas zechcą politycy różnych odłamów, celem rozszenia swych wpływów“. Kto zna nasz zawód nie w ujęciu osób, wysuwających podobne sugestie, ale w ujęciu rzeczywistym — kto w pracy zawodowej zetknął się w terenie z jak najszerszą masą członków naszego zawodu, ten wie doskonale, **że sugerowanie tych obaw jest pozbawione jakichkolwiek podstaw** a ich wysuwanie w momencie organizacji izb jest conajmniej zbędne — stwarza bowiem domniemanie wówczas, gdy zawodowi były, są i napewno będą nadal obce wszelkie poczynania o charakterze czy treści, którą może chętnie wbrew temu co pisze, chciałby sugerujący te obawy właśnie widzieć w kształtowaniu się programu prac naszego samorządu!? **Taka sugestia w przeciwstawieniu do istotnej treści prądów i trosk, nurtujących zawód lekarsko-dentystyczny jest wielce wymowna, niedwuznaczna, pouczająca a ze wszech miar szkodliwa!**

W przededniu przeto wyborów każdy z nas winien sobie zdać z tego sprawę, że **zawód zdobyć się musi** w tym pierwszym, najważniejszym okresie pięciolecia — **na stworzenie kadr** ludzi zdolnych przede wszystkim do pozytywnej, trwałej pracy, że **dać musi z siebie maximum wysiłku** i świadectwo samozaparcia się w przeprowadzaniu tych prac. Winien sobie każdy z nas uzmysłowić, że ta praca może być z pożytkiem dla Państwa i zawodu dokonana tylko wówczas, gdy nie zostanie zepchnięta wyłącznie na szczupłe grono tych, którzy znajdą się w poszczególnych organach izb, **natomiast zostanie podjęta i przeprowadzona przez cały zawód.** Pracę w terenie muszą wykonać organizacje zawodowe, które powinny stać się ramieniem izb; stąd płynie nie tylko konieczność, ale przede wszystkim nakaz wstąpienia do szeregów tych, którzy znajdują się jeszcze poza ich obrębem, **oraz obowiązek przeprowadzenia zjednoczenia wszystkich w jednej silnej i sprawnej organizacji zawodowej.** Ta łączność z terenem jest konieczna i zapewni przeprowadzenie postulatów zgodnie z życzeniem całego zawodu; organizacje zawodowe — i to jest ich rola — stać się muszą war-

sztatem pracy nie jednostek, ale całego zawodu, muszą stworzyć szkołę zaprawy do pracy zawodowej i wyszkolić kadry tych, którzy będą musieli objąć w następnych zkolei izbach stanowiska w poszczególnych ich władzach i organach.

Takim — w moim przekonaniu — **winien być schemat pracy organizacyjnej**, którą zawód ma przed sobą do wykonania, przystępując do rozpoczęcia działalności izb lekarsko-dentystycznych.

Jeżeli idzie o program prac izb lekarsko-dentystycznych, to z natury rzeczy musi on być dostosowany do zakresu działania ustawowo im zakreślonego.

W ramach wygłoszonego przeze mnie referatu podczas zjazdu lekarzy dentystów z terenu ziem zachodnich Rzeczpospolitej, odbytym w Poznaniu dnia 7 marca b. r., ująłem zakres działania izb lekarsko-dentystycznych w pięć wielkich grup, a mianowicie: 1) współdziałanie z władzami rządowymi (i samorządowymi) w sprawach zdrowia publicznego oraz w sprawach nadzoru nad wykonywaniem praktyki lekarsko-dentystycznej; 2) strzeżenie etyki, godności i sumienności zawodowej poprzez własne sądownictwo polubowne i dyscyplinarne; 3) przedstawicielstwo zawodu lekarsko-dentystycznego i obrona jego interesów; 4) piecza nad stanem materialnym członków; 5) pogłębianie wiedzy poprzez popieranie instytucyj naukowych.

W płaszczyźnie poszczególnych grup zakresu działania izb leży cały szereg postulatów, które wymagają ich przeprowadzenia; wszystkie są ważkie i zazębiają się wzajemnie — stąd też i wysunięte być powinny jednocześnie, co nie oznacza jeszcze, iż będą mogły być w tym samym okresie czasu zrealizowane.

Współdziałanie izb z władzami rządowymi i samorządowymi w sprawach zdrowia publicznego wysuwa przede wszystkim postulat racjonalnej, szeroko pomyślanej, skutecznej **walki z próchnicą** i jej przeprowadzenia przede wszystkim na terenie szkół powszechnych i średnich; program taki winien być opracowany przez izby bezpośrednio po rozpoczęciu ich działalności i przedłożony Panu Ministrowi Opieki Społecznej z prośbą o wniesienie go pod obrady najbliższej Państwowej Rady Zdrowia, odbywającej się raz na rok. Walka z próchnicą jest zagadnieniem społecznym, czekającym już zbyt długo na właściwe rozwiązanie; zdajemy sobie dokładnie sprawę, że bez tej akcji nie może być mowy o podniesieniu stanu zdrowia publicznego w Państwie.

Naczelnym postulatem świata lekarsko-dentystycznego **jest konieczność jak najrychlejszej nowelizacji rozporządzenia** Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10.VI. 1927 r. **o wykonywaniu praktyki dentystycznej** (Dz. U. R. P. z r. 1934 Nr. 4 poz. 32). Nie trzeba uzasadniać, iż współdziałanie izb lekarsko-dentystycznych z władzami rządowymi w sprawach zdrowia publicznego oraz wykonywania nadzoru nad praktyką lekarsko-dentystyczną, będzie mogło dać pomyślne wyniki tylko wówczas, gdy znajdzie swe oparcie w należytych postanowieniach ustawowych, a tego wymogu nie mogą niestety spełnić przepisy w tej chwili obowiązujące. **Dbałość o zdrowie publiczne,** jeśli idzie o nasz zawód, **jest synonimem walki z nielegalną praktyką lekarsko-**

dentystyczną, uprawianą od szeregu lat w najszerszym tego słowa znaczeniu; dla przeprowadzenia tej walki obecne przepisy są również niewystarczające.

Izby lekarsko-dentystyczne będą miały w tej mierze w pewnym stopniu ułatwioną pracę. Stowarzyszenie Absolwentów w wyniku uchwał III Zjazdu Absolwentów b. P. I. D. i A. S. projekt takiej ustawy łącznie z uzasadnieniem szczegółowym opracowało i złożyło Panu Ministrowi Opieki Społecznej, uprzedzając izby lekarsko-dentystyczne jedynie dlatego, aby z uwagi na ważność tego postulatu, przygotować podstawę do szybkich i celowych posunięć władz izby w tym kierunku bezpośrednio po momencie rozpoczęcia ich działalności. Treść wspomnianego projektu ustawy o wykonywaniu praktyki lekarsko-dentystycznej łącznie z jego uzasadnieniem szczegółowym, została przedrukowana w ,,Dwumiesięczniku Stomatologicznym" (Nr 4/1938) i cały zawód ma możność zaznajomienia się z nim i przygotowania w międzyczasie poprzez swoje organizacje zawodowe ewentualnych poprawek i wniosków dla izb i w ten sposób dokonania pracy przygotowawczej, absorbującej zwykle i dużo wysiłków i czasu.

Postulat unormowania w drodze rozporządzenia wykonawczego **uprawnień lekarzy dentystów do zapisywania leków (recepty),** o ile w międzyczasie nie zostanie pomyślnie załatwiony — jest tym, który winien być równocześnie realizowanym przez izby. W tej mierze Stowarzyszenie Absolwentów złożyło również gotowy projekt rozporządzenia wykonawczego Ministerstwu Opieki Społecznej, a łącznie z poprzednimi dezyderatami w tej sprawie, wysuniętymi przez Radę Centralną i Akademię Stomatologiczną — izby lekarsko - dentystyczne będą miały również pracę w tym kierunku poniekąd uproszczoną. Czy ten postulat zostanie zrealizowany jeszcze przed rozpoczęciem działalności izb — zależeć będzie jedynie od ustosunkowania się władz Akademii Stomatologicznej w tej materii, gdyż w Ministerstwie Opieki Społecznej nie napotyka na żadne prawie przeszkody. Wyrazić należy nadzieję, że skoro zawód uzyskał definitywnie w drodze rozporządzenia Ministra Wyznań Rel. i Ośw. Publ. z dnia 2 sierpnia b. r. prawo ubiegania się o wyższy stopień naukowy t. j. doktora medycyny dentystycznej — to sprawa zapisywania leków powinna być tylko kwestią koniecznego postępowania opiniodawczego i technicznej strony wydania odpowiedniego rozporządzenia, które w sumie nie wymagają zbyt długiego czasu.

Do postulatów pierwszego okresu działalności izb należy również sprawa zastosowania w odniesieniu do lekarzy dentystów **odmiennych zasad opodatkowania,** w szczególności państwowym podatkiem przemysłowym (obrotowym). Sprawa ta była poruszana w oddzielnym referacie zawodowym na VIII Polskim Zjeździe Stomatologicznym jako sekcji XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich (Lwów 4—7 lipca 1937 r.) oraz na III Zjeździe Absolwentów b. P. I. D. i A. S. i znajduje się w chwili obecnej w Ministerstwie Skarbu w postaci memoriału, złożonego przez Stowarzyszenie Absolwentów A. S. Izby przeto i w tej mierze mają przygotowaną platformę działania, a sama spra-

wa jest o tyle prostszą od np. nowelizacji rozporządzenia o wykonywaniu praktyki lekarsko-dentystycznej, że w przypadku przychylnego jej zdecydowania przez Pana Ministra Skarbu, może być w ramach przysługujących Mu uprawnień z tego zakresu w krótkiej drodze załatwioną.

Na tym zamykałyby się postulaty zawodowe pierwszego, bezpośredniego okresu po rozpoczęciu działalności izb. Jeżeli idzie o współdziałanie w sprawach zdrowia publicznego, to zrozumiałym jest, że naczelna izba lekarsko-dentystyczna stanie do dyspozycji Ministerstwa Opieki Społecznej, a izby okręgowe do dyspozycji Wojewódzkich Wydziałów Zdrowia i wojewódzkich organów inspekcji w dziale zdrowia publicznego; to już nie są postulaty, ale obowiązek bez wypełnienia którego nie można myśleć o prawidłowej działalności izb lekarsko-dentystycznych.

W zakresie działalności, powierzonej ustawowo sądom polubownym i dyscyplinarnym, a w szczególności tym ostatnim należy propagować i w czyn wprowadzić przez cały zawód hasło, aby tych spraw nie było wogóle, a jeśliby już miały być koniecznie, to aby należały do szczególnych wyjątków. Zdać sobie należy sprawę, że atrybucje sądów dyscyplinarnych są kolosalnej rozpiętości, skoro zdecydować mogą o pozbawieniu prawa wykonywania praktyki — to też, przystępując do wyboru członków sądów dyscyplinarnych, baczyć należy, aby stanowiska sędziów zajęli członkowie zawodu obdarzeni jego pełnym zaufaniem, znani ze swej bezstronności, poważni, stateczni, dzierżący poprzez całe swe życie wysoko sztandar honoru osobistego i zawodu. Zespół sędziowski ma być sumieniem zawodu; element kary stosowany być winien tylko w odniesieniu do tych, którzy postponować będą zawód z premedytacją; tam zaś, gdzie ewentualne przewinienie wypływać będzie czy to z przypadku, czy z układu jakichś specyficznie niepomyślnych warunków — element kary winien ustąpić miejsca elementowi wychowawczemu i tego należy przede wszystkim od własnego sądownictwa dyscyplinarnego oczekiwać.

Zakres działalności w dziedzinie obrony interesów zawodu lekarsko-dentystycznego, wiąże się ściśle z jaknajrychlejszym przeprowadzeniem postulatu naczelnego t. j. nowelizacji obecnie obowiązujących przepisów o wykonywaniu praktyki lekarsko-dentystycznej. W projekcie ustawy, o którym wyżej wspomniałem, uwzględnione zostały w dostatecznej — zdaniem moim — mierze przepisy, normujące ochronę prawną interesów zawodu lekarsko-dentystycznego. Oczywistym jest, **że obrona tych interesów** nie będzie mogła czekać aż do chwili przeprowadzenia tej nowelizacji, **lecz musi być podjętą z miejsca** przez izby lekarsko-dentystyczne z konieczności w oparciu o obecne przepisy, które choć w mniejszym stopniu, jednak ruszą tę sprawę nieco z miejsca, kierując ją na właściwe tory. W tej dziedzinie działalność izb lekarsko-dentystycznych zazębić się musi ściśle o współdziałanie z Ministerstwem Opieki Społecznej i Wojewódzkimi Wydziałami Zdrowia i zmierzać do konsekwentnej, planowej walki z nielegalną praktyką lekarsko-dentystyczną i na szeroką skalę uprawianym partac-

twem. żewidencjonowanie pracowni techniczno-dentystycznych, lotna kontrola organów wykonawczych wojewódzkiej inspekcji i dziale zdrowia publicznego przy ścisłym współdziałaniu izb poprzez swoje organa i placówki poszczególnych organizacyj zawodowych w terenie, da z pewnością w efekcie doraźne wprawdzie, ale ze wszech miar pożądane wyniki i przygotuje grunt pod trwałe, racjonalne rozwiązanie tego zagadnienia. Nie trzeba łudzić się, by ta akcja z miejsca zlikwidowała obecny stan w tej dziedzinie; pod patyną szeregu lat rozwielmożnił się bezkarnie, lub prawie że bezkarnie, zbyt pokazny zastęp nielegalnych praktyków — myślę, że będę niedaleki od prawdy, jeśli wysunę twierdzenie, iż zastęp wspomnianych osobników przewyższa ogólną liczbę lekarzy dentystów w Państwie; walka ta będzie ciężka i musi być prowadzona konsekwentnie kolejnymi po sobie następującymi etapami. **Walka ta musi być powszechną** — nie może w niej braknąć nikogo zpośród naszego zawodu — każdy będzie obowiązany we własnym zasięgu terenowym część tej pracy przyjąć na siebie i należycie ją wykonać; nie będą inaczej zdolne do jej właściwego przeprowadzenia władze izb nawet przy współdziałaniu zarządów organizacyj zawodowych. **Nakreślenie ścisłych wytycznych tej walki,** będzie jedną z pierwszych prac izb, zaś odpowiednie ustalenie w drodze ustawodawczej odnośnych przepisów w ramach projektu nowelizacji postanowień o wykonywaniu praktyki lekarsko-dentystycznej i czynności techniczno-dentystycznych oraz wprowadzenie odpowiednich sankcyj karnych, będzie spełnieniem ostatecznym postulatu należytej ochrony prawnej zawodu lekarsko-dentystycznego.

Zakres działania w dziedzinie pieczy nad stanem materialnym członków izby, wiąże się z założeniem i prowadzeniem przymusowych instytucji ubezpieczeniowych. Przedyskutowanie i uchwalenie przez izby okręgowe, a następnie i izbę naczelną projektów systemów ubezpieczeniowych — zresztą już w chwili obecnej przygotowywanych — z uwagi na podstawowe znaczenie tej instytucji i jej charakter obciążeń przymusowych — odbywać się będzie musiało z natury rzeczy w tempie wolnym niemniej takim, aby początek działalności tej instytucji przypadł nie później jak na styczeń 1940-go roku.

Stworzenie wspomnianej instytucji powinno — zdaniem moim — **poprzedzić zorganizowanie instytucji wzajemnej pomocy**; ten ostatni problem w porównaniu z poprzednim nie jest tak skomplikowany, a ze względu na swój doraźny charakter możliwy jest do przeprowadzenia w czasie bardzo krótkim. Jeżeli przeprowadzenie takiej instytucji wysuwam przed załatwieniem ostatecznym instytucji ubezpieczeniowych, to czynię to dlatego, że instytucja wzajemnej pomocy niema charakteru przymusowego, a jest zawodowi przede wszystkim potrzebną. Wiemy, że wśród członków zawodu jest wiele osób w podeszłym wieku, steranych i życiem i pracą zawodową i ci potrzebują pomocy; godność zawodu nie powinna pozwolić nam, by te jednostki nie znalazły oparcia i koniecznej podpory w naszym własnym gronie. Z drugiej strony pomocy tej potrzebują również i młodzi, wstępujący w szranki zawodu; wiemy doskonale, z jakimi wydatkami połączone

jest założenie własnej placówki pracy — wiemy z życia, że ten okres borykania się w rozwiązaniu problemu bytowania jest ciężkim i może złamać słabe charaktery, których nie należy wystawiać na próbę; i tu — zdaniem moim — leży rozwiązanie tej częstokroć tak przykrej dla zawodu zagadki firmowania osób nieuprawnionych do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej. Charakter instytucyj samopomocowych opiera się na wzajemności świadczeń, a zobowiązania dłużne są z reguły odpłatne — w obydwu wymienionych wyżej przypadkach są istotną pomocą i wyrazem pielęgnowania idei koleżeństwa. Z tych więc względów winny być — zdaniem moim — w pierwszym rzędzie uwzględnione w pracach izb.

Pozostały wreszcie zakres działania izb t. j. popieranie instytucyj naukowych, wiąże się ściśle z problemem trwałego pogłębiania wiedzy zawodowej. W tej sprawie trudno jest nakreślić w chwili obecnej jakiś program — zresztą pierwszy głos należy w tej mierze przedewszystkiem do tych, którzy wnoszą do polskiej stomatologii wartości naukowe. Ten problem, tak bardzo ważny dla zawodu, winien być należycie i przez specjalnie dla tego celu organ izb powołany od podstaw przedyskutowany. Jedno jest niewątpliwe, że w tej dziedzinie izby lekarsko-dentystyczne w działalności swojej winny oprzeć się o Akademię Stomatologiczną i Katedry stomatologiczne uniwersyteckich wydziałów lekarskich, oraz współpracować wydatnie w polskich zjazdach stomatologicznych. Rozszerzenie, należyte wyposażenie oraz udostępnienie w jak najszerszym tego słowa znaczeniu klinik, stworzy możność pogłębiania wiedzy teoretycznej i praktycznej, przyczyniając się do podniesienia ciężaru gatunkowego zawodu.

Na tym wyczerpałbym w ogólnych zarysach program dostosowania prac izb do zakresu działania w pierwszym etapie.

Nie poruszyłem oczywiście spraw technicznego przygotowania aparatu izb do ich działalności, a więc opracowania potrzebnych regulaminów, statutów i t. p., są to bowiem sprawy, nie dotyczące zasad programowych, a tylko per excellence administracyjnych — zresztą te sprawy znajdują się już w chwili obecnej, zawdzięczając niespożytym wysiłkom Pana Komisarza Rządowego do izb lekarsko-dentystycznych Mgr. praw W. Wojnarskiego, na warsztacie jego prac przy współudziale organizacji zawodowych tak, że władzom izb łatwo przyjdzie w tych warunkach ustalić te podstawowe i konieczne dla sprawnej działalności organów izb przepisy normatywne.

W niniejszym rzucie programowym poruszyłem z konieczności nieznaczną, ale zdaniem moim najważniejszą część problemów, które wyłaniają się przed zawodem w związku z niedalekim już rozpoczęciem działalności izb lekarsko-dentystycznych. Niektóre z problemów czy postulatów można było omówić szerzej, inne tylko naszkicować, gdyż za wcześnie jeszcze na ich pełne ujęcie. Jedno jest jednak pewne i nie wymaga bliższych omówień — to fakt, iż w związku z utworzeniem izb lekarsko-dentystycznych **spadły na barki zawodu ważkie zadania**

do spełnienia zarówno w dziedzinie spraw zawodowych jak i społecznych i obywatelskich.

W okresie prac nad wykonaniem tych zadań zawód nasz może mieć chwile lepsze lub gorsze, okresy zmagań i przejściowych, koniecznych odpoczynków — **wierzę jednak, iż jest zespołem dynamicznym i tętnić będzie twórczą energią zawsze z wolą tworzenia coraz to nowych wartości i że izby lekarsko-dentystyczne, będąc emanacją zawodu, spełnią ciążące na nich zadania i dosięgną celów, jakie przed nimi zakreśliło Państwo, a dobro zawodu na dziś i na jutro ich spełnienia oczekuje.**

———o———

Lek. dent. JANUSZ SZAJEWSKI. *Warszawa.*

Izby.

Izby lekarsko-dentystyczne. Cóż to za słowa, które są ciągle na ustach wszystkich koleżanek i kolegów. Izba, jest to samorząd zawodowy, o który stan lekarsko-dentystyczny walczył niemal od zarania niepodległości. Słuszne nasze domagania zostały nareszcie zrealizowane i pierwsze wybory do izb okręgowych odbędą się już we wrześniu r. b. Niejednemu z pośród nas nasuwa się pytanie, właściwie po co są te izby? Na pewno będą nowe składki i nic więcej. Prawda, że będą składki i to przymusowe, gdyż do izby *muszą* wszyscy koledzy praktykujący i niepraktykujący należeć, czy się komu podoba, czy nie podoba. I właśnie na tym polega różnica między izbami, a stowarzyszeniami, do izby muszą należeć wszyscy lekarze dentyści zamieszkali na terenie danej izby. (Cała Rzeczpospolita podzielona została na 4 izby: Warszawską, Poznańską, Krakowską i Wileńską). Izba jako samorząd zawodowy będzie miała egzekutywę i możność wprowadzania pewnych sankcji na niesolidnych kolegów łącznie z pozbawieniem prawa praktyki na rok. Z chwilą powstania izb nastąpi sanacja naszego zawodu, w którym niestety dużo jest nieprawości. Przede wszystkim zostaną pociągnięci do odpowiedzialności ci z pośród kolegów, którzy firmują techników. Dla tych izby będą surowymi sędziami, gdyż czas najwyższy, aby skończyć z tym wrzodem ropiejącym naszego zawodu. Następnie zostanie uregulowaną sprawa niesumiennych i niekoleżeńskich ogłoszeń i reklam, jakie spotykamy w prasie codziennej. Te rzeczy zginą bezpowrotnie.

Oprócz powyższych izby będą ubezpieczać członków na wypadek śmierci. Wpłacane na ten cel składki (im kolega starszy, tym składka stosunkowo większa) w razie śmierci otrzymuje rodzina i ma dzięki tej kwocie na pierwszy, najcięższy, okres byt zapewniony. Ileż to teraz jest przypadków, że po niespodziewanej śmierci lekarza, wdowa z dziećmi zostaje bez grosza w domu.

Widzimy więc, że należenie do izby nakłada pewne ciężary, ale niewspółmiernie małe do osiągniętych korzyści.

Teraz pozostaje do omówienia sprawa wyborów do izb. Prawo wyborcze czynne, a więc prawo głosowania ma każda koleżanka i kolega, którzy zamieszkują na terenie danej izby co najmniej 30 dni przed ogłoszeniem wyborów. Jak koleżankom i kolegom wiadomo, powstał na czas wyborów Blok Wyborczy, do którego weszły wszystkie organizacje zawodowe i Blok wystawił wspólną listę, na którą należy głosować bez wprowadzania jakichkolwiek zmian. Aczkolwiek każdy z nas może wpisać dowolne nazwisko zamiast np. kolegi X, nazwisko kolegi Y, ale to będzie tylko osłabienie wspólnej listy, bo indywidualne listy (a więc te z poprawkami), będą równały się zeru. Kandydatury koleżanek i kolegów wysunięte zostały po głębokich rozważaniach i żadnych zmian nie należy przeprowadzać. Głosować musimy bez wyjątku *w s z y s c y*. Procedura głosowania idzie na rękę wyborcom, będzie można nawet głosy oddawać listem poleconym, ale niech nikt z nas nie trzyma się zasady: „bezemnie jednego wybory się odbędą", jak tak powie kilkaset osób, jaki % będzie wówczas kolegów głosujących?

Musimy iść do wyborów z hasłem: wszyscy głosujemy, ani jeden głos zmarnowany. Niech Ministerstwo Opieki Społecznej zobaczy, że zawód nasz godny jest posiadania samorządu.

———o———

Z Kliniki Dentystyki Zachowawczej Akademii Stomatologicznej w Warszawie (Kierownik: Prof. Dr KONRAD SZEPELSKI).

Lek. dent. JULIUSZ KONSTANTIN. *Warszawa.*
st. asystent Kliniki.

*

* *

„Nic o nas bez nas".

Pozwoliłem sobie użyć hasła niezmiernie w Polsce popularnego. W słowach tych krótkich i zwięzłych mieści się zasada organizacji samorządu naszego zawodu, gdyż wyczerpują one całkowicie istotę tegoż problemu.

O izbach lekarsko-dentystycznych pisało się już dużo, osobiście omawiałem obszernie to zagadnienie na III Zjeździe Absolwentów b. Państwowego Instytutu Dentystycznego ob. Akademii Stomatologicznej. („Dwumiesięcznik Stomatologiczny" Nr. 6 z 1937 r.).

Izby lekarsko-dentystyczne obejmą wszystkie sprawy związane z wykonywaniem naszego zawodu od najważniejszych do najbłachszych. Jeśli dzisiaj powracam do tego tematu, to dlatego, że chciałbym uwypuklić jeden moment niezmiernie ważny o podłożu ideowym. Łączy się to z rozwojem naszego zawodu jako takiego. Powstanie izb jest koniecznością życiową; więc zachodzi pytanie, dlaczego one dotychczas nie powstały, względnie powstają tak późno. Odpowiedzi

na to należy szukać w strukturze naszego zawodu niewykazującego nawet analogii z innymi zawodami. Dentystyka jest zupełnie nową gałęzią wiedzy medycznej oczywiście w dzisiejszym tego słowa znaczeniu. Jeszcze tuż przed wybuchem wielkiej wojny traktowana po macoszemu, stanowiła odprysk ogólnej medycyny. Lekarze lekceważyli ją, traktowali ją niejako na marginesie, przyczyniając się tym samym do tego, że dentystyka przeszła w ręce niepowołane, co po dziś dzień stanowi smutną spuściznę tych czasów, gdyż rozwielmożnione partactwo techników stanowi chwast nie dający się wytępić. Polska Niepodległa postanowiła podnieść poziom lecznictwa i w tym celu powołała do życia wyższą uczelnię, która poprzez szereg zmian osiągnęła należną formę organizacyjną. Ale uczelnia daje tylko podstawy teoretyczne i przygotowuje do wykonywania zawodu sensu stricto. Absolwent uczelni, otwierając samodzielny warsztat pracy, posiada dostateczne podstawy leczenia, lecz nie posiada tego stanowiska społecznego i tego niepisanego zbioru zasad, które stanowią tradycję lekarską, wytworzoną w ciągu wieków. Doktór medycyny jako członek swojej korporacji, już poza istniejącymi izbami lekarskimi wchodzi w zwartą społeczność i w ściśle określone drogi utorowane przez liczne pokolenia. Jakkolwiek życie nowoczesne utworzyło liczne wyłomy w tym kodeksie, to jednakowoż świat lekarski stanowi zwartą, świadomą swoich zadań i swego posłannictwa społeczność. Dziesiątkami można cytować nazwiska lekarzy, którzy swoim życiem wytyczyli drogowskaz dalszym pokoleniom. My tej tradycji nie posiadamy. Jesteśmy pierwszym pokoleniem, które ma stworzyć te wartości. Wielki to zaszczyt, ale jeszcze większa odpowiedzialność. Tylko powszechna, na przymusie oparta organizacja, jak izby lekarsko-dentystyczne,może przekształcić nas z fachowców na członków społeczeństwa lekarsko-dentystycznego, świadomego swoich zadań, swego znaczenia i roli, jaką powinniśmy odegrać w narodzie i państwie. Albowiem w tym motto przytoczonym na wstępie, mieści się bez reszty znaczenie izb, które nas, niezorganizowanych i błądzących na bezdrożach indywidualizmu przekształcą w jedolitą organizację.

Mające obecnie powstać izby lekarsko-dentystyczne są pierwszymi, a ich struktura jest niezmiernie ważna, gdyż zadecyduje o przyszłości naszego zawodu.

Otrzymaliśmy od władz ustawodawczych formy, które musimy wypełnić treścią odpowiadającą zadaniu izb w najszerszym tego słowa znaczeniu. Otrzymaliśmy to, o co ubiegaliśmy się od lat, musimy się okazać godnymi tego zaufania i stworzyć izby, które od samego początku dałyby podstawy pod należyty rozwój tej organizacji. Od tego bowiem zależy znaczenie i możliwości egzystencji naszego stanu. Ludzie wybrani przez nas do władz izb całą energię i dużo czasu z uszczrbkiem nawet dla swych spraw codziennych będą się musieli podjąć nowego zadania z całym poświęceniem pamiętając ciągle o tym, że ciąży na nich ogromna odpowiedzialność i obowiązek kształtowania życia nie tylko powszedniego dnia, ale i tradycji, z której były by

dumne przyszłe pokolenia. Pamiętać mają o tym nie tylko wybierani działacze, ale i wszyscy, Koleżanki i Koledzy, którzy zarówno przez swój udział w wyborach do władz, jak i późniejsze ustosunkowanie się do nich poprą solidarnie ich poczynania. Pamiętajmy, że idzie gra o wielką stawkę i że ciąży na nas wielka odpowiedzialność, a powodzenie tej akcji leży w naszych rękach.

Zadania, które nas czekają, są poważne, jesteśmy w stadium budowania, nie możemy sobie pozwolić na rozdrobnienie i rozproszkowanie sił. W obliczu poważnych zagadnień muszą umilknąć i ustąpić wszelkie rozgrywki czy to osobiste, czy partyjne, czy polityczne.

Całą energię obróćmy na twórczą i konstruktywną budowę fundamentów, gdyż na nich będzie się opierał cały przyszły gmach naszego samorządu.

———o———

Dział streszczeń

OSCAR KANNER (Chicago). Fizykochemiczne badania szkliwia. (Physicochemical studies of enamel).

Liczni autorowie zastanawiali się często, czy szkliwo jest żywą tkanką. Uważali, że jeżeli jest taką, to powinno mieć swoją przemianę, co było by możliwe tylko wtedy, gdyby szkliwo było przepuszczalne. Ale pojęcie przepuszczalności jest b. względne: błona może być przepuszczalna dla rozpuszczalnika, a nieprzepuszczalna dla roztworu; przepuszczalna dla kationów, a nieprzepuszczalna dla anionów i t. d. Taka selektywna przepuszczalność może być uwarunkowana stężeniem pH, ładunkiem elektrycznym, budową chemiczną i jonizacją.

Z pośród wielu sposobów badania przepuszczalności tkanek autor wybiera przenikanie barwików i uważa, że pochłanianie barwików przez tkanki żywe jest wyrazem ich ultrafagocytozy.

Przy posługiwaniu się tą metodą należy jednak unikać błędów, powstających naskutek zmiany samego barwika, który w zetknięciu się z tkanką zmienia swoje właściwości.

S p o s ó b b a d a n i a: sproszkowany błękit metylenowy lub fiolet goryczkowy mieszany z wodą do otrzymania pasty. Cienką warstwę tej pasty kładziemy na powierzchnię szkliwia (ząb przed ekstrakcją). Ząb chronimy przed dostępem śliny zapomocą koferdamu. W 5 — 30 min. od nałożenia pasty ząb usuwamy i opłukujemy go wodą bieżącą tak, aby uwolnić szkliwo (od zewnątrz) od barwika. Następnie robimy szlif zęba podłużny lub poprzeczny.

W y n i k i b a d a n i a są jednakowe dla wszystkich zębów tak potraktowanych. We wszystkich wypadkach, nie licząc pojedyńczych wyjątków, cała powierzchnia szkliwa nałożona pastą i to na całej

grubości, była przesiąknięta barwikiem, który nagle się kończył na granicy z zębiną.

Zęby brane do eksperymentu pochodziły od osobników w wieku od 17 — 70 lat.

Wobec tego wydaje się możliwe, że szkliwo może być przepuszczalne nie tylko dla barwików, ale i dla innych substancyj, zwłaszcza dla składników śliny.

Wnioski autora.

1) Szkliwo jest przepuszczalne zupełnie dla pewnych barwików.

2) Przepuszczalność sięga granicy między szkliwem a zębiną i nie dalej.

3) Istnieje jakaś błona w miejscu zetknięcia się szkliwa z zębiną.

4) Możliwym jest, że ta błona jest barierą przepuszczalności barwików dla zębiny.

5) Jest możliwe, że składniki śliny przenikają szkliwo.

Str. *F. Jarlicht.*

Doc. Dr BÉLA v. SIMON (Budapeszt). Znaczenie badania jamy ustnej dla diagnostyki schorzeń ogólnych *). (Die Bedeutung der Munduntersuchung für die Diagnostik allgemeiner Erkrankungen. Z. Stomat. 1937. H. 5).

W dawnych czasach obserwacja języka przy lekarskim badaniu miała doniosłe, czasem rozstrzygające znaczenie. Istniała nawet nauka o języku („Zungenkunde"), uznawana w najpoważniejszych kołach lekarskich.

Obecnie również badanie lekarskie rozpoczyna się oglądaniem języka. Autor zwraca uwagę, iż całkowity przegląd zmian w jamie ustnej i gardle jest bardziej pomocny w ustaleniu diagnozy niż tylko obserwacja języka. Wykwity w jamie ustnej i gardle mogą wskazywać na pierwsze i charakterystyczne symptomy wielu ostrych i przewlekłych chorób. My zaś na podstawie tych objawów możemy nie tylko stwierdzić, czy jest jakieś zaburzenie, ale możemy i zróżniczkować schorzenie, nawet bezpośrednio określić je. Bardzo wiele schorzeń w jamie ustnej i gardle może wskazywać na istnienie jakichś chorób, albo ma znaczenie przy różniczkowaniu ich. Dzięki badaniu jamy ustnej możemy dla następujących schorzeń ogólnych znaleźć punkty oparcia dla diagnozy:

Symetryczny obrzęk obu warg lub tylko górnej wargi równocześnie z obrzękiem dolnych powiek widzimy przy nerczycy.

Symetryczny lub asymetryczny obrzęk warg bez obrzęku powiek może mieć charakter ostry lub przewlekły, może być bolesny lub bezbolesny.

Bolesny i ostro występujący obrzęk warg widzimy z reguły przy obrzęku Quincke'go. Do tegoż obrzęku dochodzi obrzęk dna jamy

*) Wygłoszono na posiedzeniu Koła Naukowego Wzajemnej Pomocy Studentów Żydów Akademii Stomatologicznej 24. czerwca 1938 r.

ustnej, śluzówki jamy ustnej, języka, podniebienia miękkiego, w cięższych przypadkach także — krtani.

Bezbolesny jednak swędzący, chroniczny obrzęk warg widzimy przy róży (stały obrzęk Lasara (elephantiasis)). Asymetryczny obrzęk warg, bolesny, występujący z podwyższoną ciepłotą, spotykamy w przypadku czyraka umiejscowionego na wardze, między skrzydłem nosa i wargą, albo przy wejściu do otworu nosa, także w przypadku periostitis siekaczy.

Bolesny obrzęk lecz bez gorączki może być na skutek mechanicznego uszkodzenia wargi.

Bezbolesny obrzęk rozległy może powstać na skutek stwardnienia pierwotnego, umiejscowionego na wardze. Wówczas gruczoły podbródkowe i podżuchwowe są niebolesne nacieczone.

Pęcherze, umiejscowione w kącikach warg na czerwieni, lub na skórze występują w „herpes simplex". One wskazują zwykle na ostre zaburzenia w czynności przewodu pokarmowego.

Suche, spękane wargi wskazują na stan gorączkowy.

Uderzająco blade wargi wskazują na wtórną anemię raczej niż na pierwotną. żółtawe zabarwienie widzimy przy stanie podżółtaczkowym. Sinawą czerwień warg spotykamy przy wadach serca. Brązowe brzegi warg można stwierdzić u cierpiących na chorobę Addisona. Odosobnione plamy barwikowe na czewieni warg wielkości ziarna prosa stwierdzamy u chorych charłaczych (pominąwszy starość).

Nadżerka na czerwieni warg, otoczona naciekiem, pozwala myśleć o zmianie pierwotnej lub o raku. Nadżerki w formie aft, powtarzające się często widzimy u chorych na chlorozę i anemię. Ograniczona, albo zupełnie wyłączona czynna ruchomość wargi występuje przy porażeniu n. facialis, gdy niema przyczyny lokalnej (czyrak, periostitis, niecieczenie). Zawsze otwarte usta i oddychanie w nocy i w dzień przez usta wskazują na przerost migdałków gardłowych, wyjątkowo na polip w nosie.

Niepielęgnowane zęby są pokryte białym, lekko zeskrobującym się w kształcie pasty osadem; również przy normalnej pielęgnacji można spotkać osad na zębach w szczególności przy takich schorzeniach, które wymagają ograniczonego przyjmowania pokarmów. To zjawisko ma miejsce, pomijając przyczyny miejscowe (pulpitis, periostitis, periodontitis).przedewszystkim przy ostrych schorzeniach przewodu pokarmowego, najczęściej — przy ostrym nieżycie żołądka, przy schorzeniach z wysoką gorączką, przy artitis stawu żuchwowego (rzadko), neuralgii nerwu trójdzielnego, wówczas bowiem otwieranie ust jest bolesne.

Barwny osad na zębach spotykamy przy zatruciach metalami (przy bizmucie i antymonie — ciemnoszary, przy miedzi — zielony, przy rtęci — brudno-szary, przy srebrze — czarny); tu też zdarza się ciężkie zapalenie dziąseł, przykry bardzo zapach z ust, pojawia się też t. zw. rąbek metalowy na dziąśle.

Należy zaznaczyć, że u palaczy może być osad na zębach— brązo-

wy, nawet czarny, jednak zapalenie dziąseł i zapach z ust nie występują.

Twarde masy kamienia nazębnego, umiejscowione na językowej powierzchni dolnych przednich zębów i na policzkowej powierzchni górnych trzonowców, silnie przylegające, ew. brązowo lub czarno zabarwione wskazują na niepielęgnowanie jamy ustnej.

Rozległą próchnicę zębową, która prowadzi do wczesnego i zupełnego zniszczenia zębów, spotyka się wśród pewnych zawodów, szczególnie u piekarzy i cukierników i u tych ludzi, którzy zmieniają tryb życia prosty, koczowniczy na cywilizowany i to nagle np. cyganie wędrujący, gdy stają się mieszkańcami miast.

Przy tym uderza nas tu fakt, że dotąd błyszczące i zdrowe zęby w przeciągu dwóch, trzech lat ulegają zupełnemu zniszczeniu.

W powstawaniu i szerzeniu się próchnicy odgrywa ważną rolę czynnik odżywczy, woda, uboga w pewne sole, pozatem funkcja gruczołu tarczowego, cukrzyca. Autor podaje, że bardzo wcześnie występująca próchnica okrężna na zębach mlecznych, przednich jest uważana za oznakę gruźlicy; w rzeczywistości udało się wielu badaczom w 75% u dzieci z okrężną próchnicą wykazać tę infekcję.

Niedorozwój szkliwia symetryczny, umiejscowiony na przednich zębach i na powierzchni żującej pierwszych stałych trzonowców w formie wieńca wskazuje z wielkim prawdopodobieństwem na krzywicę (rachitis). Forma beczkowa wielkich górnych siekaczy i półksiężycowate wycięcia na ich powierzchni siecznej (zęby Hutchinsona) są obok zapalenia miąższowego rogówki i głuchoty wrodzonej oznaką kiły wrodzonej. Niedorozwój zębów zaznaczony w mały mstopniu wskazuje na kiłę wrodzoną. Kiedy zaś aplazja występuje w wyższym stopniu — na hyperfunkcję gruczołu tarczowego. Hyperplazja zębów (nadliczbowe, nieregularnie stojące zęby) wskazują na hypofunkcję gruczołu tarczowego. U idiotów z reguły prawie występuje nieregularny i przerosły zgryz. Rzucające się w oczy duże rozstępy między zębami, szczególnie, gdy przytym podbródek jest większy niż normalnie i ew. istnieje także olbrzymi język (makroglosia) — wskazują na hyperfunkcję przednich płatów przysadki.

Przedwczesne chwianie się zębów, szczególnie kiedy ono występuje około dwudziestego czwartego roku życia, próchnica zębów i uporczywe zapalenie dziąseł są prawie pewnym objawem cukrzycy. Przy zwykłej bowiem okołozębicy występuje prawie z reguły odporność na próchnicę. Również zatrucia metalami mogą wywołać chwianie się, a nawet wypadanie zębów, tu jednak istnieje charakterystyczny foetor ex ore i metalowy rąbek na dziąśle.

Zła okluzja szeregów zębowych jest zwykle dziedziczna, jednak najczęściej może być nabyta przy wysunięciu części przedniej górnego wyrostka zębowego. Ta ostatnia anomalia idzie zwykle w parze z oddychaniem przez usta i z przerostem migdałków gardłowych.

Wśród ludu panuje przekonanie, że długie, wąskie, śnieżno-białe, regularnie ustawione zęby są oznaką gruźlicy, chociaż związek ten nie

jest wyjaśniony, wskazuje jednak praktyka, że to mniemanie sprawdza się.

Miejscowa przyczyna różnych zapaleń dziąseł leży w błędnym pielęgnowaniu ust, w próchnicowych zębach, w zwisającym brzegu plomby, w źle podchodzącej koronie, uciskającym moście, źle założonej protezie, w rozwiniętym błędnie łuku zębowym (uciskające zęby na siebie). Również przy wielu schorzeniach ogólnych gingivitis jest pierwszym objawem.

Zapalenie dziąseł posiada ogromne znaczenie u dzieci w wieku lat około dziesięciu, gdyż występuje ono z przyczyn miejscowych: przy niepielęgnowanej jamie ustnej i próchnicy zębowej. Wiemy też, że wybuch odry, szkarlatyny lub dyfterytu zaczyna się także ogólnym nieżytowym zapaleniem śluzówki jamy ustnej i dziąsła. Zwykłe gingivitis u dorosłych nie ma żadnego diagnostycznego znaczenia, ponieważ jest ono symptomem, towarzyszącym wielu różnym chorobom, jedynie wraz z innymi objawami może nas na właściwy tor skierować.

Rozlane zapalenie dziąseł przy równoczesnym chwianiu się zębów w młodzieńczym wieku występuje przy cukrzycy. Zwykłe nieżytowe zapalenie dziąseł (bez przyczyn miejscowych), wywołujące też i gorączkę, może być połączone z nadmiernym wydzielaniem śliny i ew. z parestezią smakową, lub występuje jako jeden z najwcześniejszych objawów, towarzyszących ciąży już w drugim lub trzecim tygodniu. Większą rolę odgrywa zapalenie dziąseł przy chorobach, połączonych ze skazą krwiotoczną, ponieważ główne objawy tych chorób występują na śluzówkach.

Zapalenie dziąseł, obrzęk, chwianie się zębów, wynaczynienia przemawiają za chorobami plamicowymi. Krwawe nacieczenie dziąsła i śluzówki u dzieci wskazuje na chorobę Möller - Barlowa, a u dorosłych — na szkorbut i pozostałe hypowitaminozy, lub też plamicę zwykłą lub piorunującą. W chorobie Verlhoffa spotykamy na śluzówkach i dziąśle krwawienia. Krwawienia z dziąseł mogą wskazywać również na nieprawidłową funkcję gruczołów płciowych, przekrwienie zaś bierne śluzówki może być na skutek wad sercowych. Bezprzyczynowy krwiotok z dziąseł wskazuje na jakieś schorzenie organów krwiotwórczych; anemia złośliwa, białaczka, trombopenia mogą wywołać takie ciężkie krwawienia. Poza tem krwawienie może pochodzić z uszkodzenia małej tętnicy. Przy poszukiwaniu przyczyny krwawienia z dziąseł najpierw zwracamy uwagę na lokalne przyczyny, a następnie ogólne.

Tworzenie się owrzodzeń na brzegu dziąsła — gingivitis ulecrosa — może prócz przyczyn lokalnych być wywołane przez cukrzycę i różne zatrucia metalami.

Wrzody te szerzą się zwykle od brodawek i ukazują się na wolnym brzegu dziąsła, na dużej przestrzeni, odpowiadającej całym grupom zębowym, wykazują one tendencję do rozszerzania się i w bardzo ciężkich przypadkach mogą spowodować owrzodzenia na całej śluzówce jamy ustnej (stomatitis ulecrosa). Przy szkorbucie i przy cukrzycy (w zaniedbanych przypadkach) widzimy na dziąśle rozległe owrzodze-

nia, prowadzące do nekrozy kości. Wrzód umiejscowiony na brzegu dziąsła odpowiadającemu jednemu zębowi lub grupie zębów, szerzący się w kierunku śluzówki jest objawem b. ciężkiego schorzenia krwi, zwykle — ostrej białaczki lub agranulocytozy. Ten objaw spotyka się częściej u kobiet, niż u mężczyzn i w dolnej szczęce. O zwykłej okołozębicy mówią nam następujące symptomy: ropienie z kieszonki dziąsłowej (niewielkie), gingivitis marginalis i mniejsze lub większe chwianie się zębów.

Większa ilość płynnej ew. posokowatej wydzieliny ropnej, połączona z wybitnym chwianiem się zębów przemawiają za chronicznym okostnowym procesem, ew. za specyficznym schorzeniem kości szczękowej (osteomyelitis, martwica fosforowa, gruźlica kości, promienica, rozpadający się kilak...). W tych przypadkach ropa wydostaje się nie tylko przy szyjce zębowej, ale również i przez przetoki. Ujście przetoki już od pierwszego wejrzenia wskazuje na jej przyczynę. Jedno, jedyne ujście przetoki, które jest otoczone normalną śluzówką, przemawia za przyczyną zębową. Jedną albo więcej przetok z zapalnymi brzegami widzimy przy nekrotyzujących procesach kości, (osteomyelitis, martwica fosforowa). Większą ilość przetok w sinej, zanikłej śluzówce spotyka się przy gruźlicy kości. W przypadku promienicy ukazują się w dziąśle przetoki nacieczone twardo, dość duże i obok siebie umiejscowione. Ujście przetoki z podminowanymi brzegami, którego podstawę tworzy owrzodzenie, wskazuje na rozpadający się kilak.

Dobrotliwe zmiany w kształcie obrzmienia dziąseł należą do dziedziny stomatologii, tylko zapalenie kości włóknikowe — ostitis fibrosa — można łączyć z ogólnymi schorzeniami. Niekiedy występuje ono pierwotnie i ogranicza się do wyrostka zębodołowego. Przy zapaleniu włóknikowym kości wyczuwa się dziąsło obrzmiałe i zgrubiałe chrząstkowato, jest ono pokryte białą śluzówką i może przybrać taki rozmiar, że przykrywa zupełnie zęby, może to nawet przeszkadzać w zamykaniu ust i w tym przypadku antagonisty mogą wywołać owrzodzenia na dziąsłach.

Złośliwe guzy rzadko biorą swój początek z dziąsła, rozszerzają się one raczej na nie.

Autor po przedstawieniu nam zmian na wargach, zębach, dziąsłach przystępuje do omówienia schorzeń umiejscowionych na języku. Powiększony język widzimy przy zaburzeniach gruczołu tarczowego lub przysadki, przy różnych zapaleniach języka, przy rozszerzeniu naczyń limfatycznych języka. Język z zanikającymi mięśniami przy braku przyczyn lokalnych (blizny, pierwotne schorzenie języka) mówi o ciężkim schorzeniu centralnego układu nerwowego, podobnie jak połowiczy paraliż języka w chorej jego części. Diagnostyczne znaczenie białego, lub jasno-szarego obłożonego języka jest małe. Najczęściej występuje on przy ostrym nieżycie żołądka, przy każdej chorobie gorączkowej.

W przypadku tyfusu brzusznego widzimy często język obłożony

nie na całej przestrzeni, z wolnym od obłożenia końcem i brzegami. Połowicze obłożenie języka przemawia za uszkodzeniem nerwu trójdzielnego. Brązowy, suchy, strupiasty osad spotykamy przy posoczniczy i septycznych chorobach. Przemijający obrzęk języka jest oznaką obrzęku Quincke'go. Przy zapaleniu języka powierzchownym — glossitis superficialis — język jest obrzmiały, co u dzieci może wskazywać na objaw ogólnego, nieżytowego zapalenia jamy ustnej, początkowy objaw przy ostrych chorobach zakaźnych. Atrofia śluzówki i grzbietu języka, w następstwie której zanikają brodawki nitkowate, zmienia wygląd języka i język, podobny do miękkiego aksamitu, przybiera wygląd śluzówki, pociągniętej lakiem; z tym zjawiskiem łączą się różne sensacje uczuciowe — taki jest obraz języka Huntera, ważny objaw diagnostyczny w przypadku złośliwej anemii. Blizny na brzegu i końcu języka wskazują na epilepsję.

Ślady krwi na języku widzimy w związku z małopłytkowością (plamicą). Objaw pierwotny na języku spotyka się rzadziej o wiele niż na wargach i migdałkach. O wiele częściej występują na języku plaques muqueuses — objaw drugorzędnej kiły na języku. Rozległe ubytki i blizny na języku wskazują na przebyty trzeciorzędowy sifilis, (gdy wykluczymy mechaniczne uszkodzenia).

Autor przechodzi z kolei do zmian na dnie jamy ustnej. Zapalne i wyniosłe mięsko podjęzykowe, nawet ropiejące, świadczy o istnieniu kamienia ślinowego. Wypukłe dno jamy ustnej, (gdy nie ma innych symptomów zapalnych), wskazuje na żabkę lub torbiel skórzastą.

Widoczne mocne pulsowanie języka od strony dna jamy ustnej nasuwa nam podejrzenie na tętniak głęboki języka, który sam nie występuje, a towarzyszy tętniakowi aorty.

Autor kieruje naszą uwagę na migdałki. Jeżeli nie ma żadnego zapalenia, a migdałki są większe niż w normalnym stanie, wówczas stwierdzamy istnienie wyrośli adenoidalnych. Stara szkoła uważała przerost gardła i migdałków za oznakę stanu grasiczo-limfatycznego. Takie indywidua usposobione były do zaziębień i chorób zakaźnych. Powiększone migdałki bez stanu zapalnego spotykamy też przy przeroście gruczołu tarczowego. Powiększone w kształcie lakun migdałki mówią o przebytym ew. się utrzymującym przewlekłym ich zapaleniu; wylewająca się z lakun ropa wywołuje przykry zapach przy oddechu. Ostre zapalenie migdałków, które oprócz subjektywnych dolegliwości wywołuje ich powiększenie i zaczerwienienie, może przejść i być bez znaczenia, lub być objawem towarzyszącym wielu chorobom, stanowi ono wrota dla wielu chorób zakaźnych. W każdym razie tonsillitis należy uważać za objaw chorobowy. Dyfteryt, szkarlatyna, odra rozpoczynają się zapaleniem migdałków; pozatym w zakażeniu nieznanego pochodzenia przewlekłe ropiejące migdałki przedstawiają ognisko zakażenia. W przypadku zapalenia płuc niezapalny obrzęk migdałków ma duże znaczenie diagnostyczne, ponieważ występuje on tylko przy włóknikowym zapaleniu płuc. W przypadku anginy Plaut-Vincenti, dyfterytu, ostrej białaczki, agranulocytozy, pierwszo- i dru-

go-rzędnej kile spotykamy owrzodzenia na migdałkach, które należy poważnie traktować. Badanie bakteriologiczne i serologiczne może pomóc przy stawianiu diagnozy, zwłaszcza, gdy inne symptomy nic nam nie mówią. Zaczerwienienie gardła bez innych objawów w jamie ustnej widzimy u palaczy nałogowych i u ludzi, którzy w czasie czynności zawodowych wdychają wiele pyłu.

Ostre zapalenie gardła, połączone z gorączką, podobnie jak zapalenie migdałków, może być objawem początkowym ostrych chorób zapalnych u dzieci. Zanikające gardło, które charakteryzuje się wybitną suchością, połyskującą, cienką przezroczystą śluzówką, wywołuje foetor ex ore. Zapalenie gardła suche, atrofia gardła, jest ciężkim objawem cukrzycy, często też występuje w przypadku moczówki prostej, jak również przy ropniaku zatoki i przy ozenie. Uwypuklenie tylnej ściany gardła ma miejsce przy ropniu pozagardłowym. W przypadku artretyzmu spotykamy na tylnej ścianie gardła wypukłe żółtawo-przezroczyste plamy wielkości ziarna prosa lub soczewicy. Powstają one przez odkładanie się kwasu moczowego.

Ograniczona ruchomość lub paraliż podniebienia miękkiego przemawia za ciężkim uszkodzeniem centralnego układu nerwowego, jeżeli ruchomość ta nie jest utrudniona przez zapalny stan, ropień lub guz w jamie nosowo-gardzielowej. Wybitna pulsacja podniebienia miękkiego wskazuje na niewydolność aorty. Wybitna bladość podniebienia jest oznaką ogólnej anemii, występującej przy gruźlicy. Śluzówka ta jest blada również przy wrzodzie dwunastnicy lub żołądka.

żywo-czerwone nastrzyknięte naczynia na podniebieniu miękkim, które kończy się w ostrej linii na granicy z podniebieniem twardym stanowi pewny objaw drugorzędnej kiły. Szkarłatno-czerwone nacieczenie na podniebieniu miękkim, na jego wolnym brzegu i języczku stanowi ważny objaw szkarlatyny. W przypadku chorób wątroby widzimy rozlane, żółtawe zabarwienie podniebienia miękkiego.

Choroba Addisona również wywołuje plamy barwikowe na podniebieniu miękkim. Pozatym plamy barwikowe spotykamy w charłactwie, starości, przy złośliwych guzach i gruźlicy postępującej.

Obrzęk podniebienia miękkiego, niezależnie od przyczyn lokalnych (ropień okołozębowy, ropowica) widzimy przy obrzęku Quincke'go i przy chorobach allergicznych (pokrzywka).

Nadżerki na podniebieniu miękkim spotykamy rzadko, wyjąwszy plaques muqueuses, spowodowanych drugorzędną kiłą, a predylekcyjnym ich miejscem jest część podniebienia miękkiego na przeciw isthmus- (cieśni). Nadżerki, pochodzące z placques muqueueses są biało-żółte, albo krwawo nacieczone i otoczone przez wąski, zapalny pas. Nie nadają się one do leczenia miejscowego. Przedziurawienie miękkiego podniebienia albo nieprawidłowe (bliznowate zaciągnięcia) blizny przemawiają za przebytą kiłą trzecio-rzędową.

Godny uwagi jest na podniebieniu twardym zanik podściółki tłuszczowej, który wskazuje podobnie jak rozległe plamy barwikowe na złośliwy guz lub kiłę wrodzoną.

Przedziurawienie podniebienia twardego wskazuje na przebytą kiłę trzeciorzędową.

Zanik podniebienia twardego, kołowy lub sercowaty ew. odleżyny są skutkami źle skonstruowanych urządzeń przysysających przy dostawkach i stanowią punkt wyjścia dla guzów złośliwych.

Zapalne, bolesne obrzmienie śluzówki podniebienia twardego przemawia za ropniem okostnowym; bezbolesne chełboczące obrzmienie— za torbielą szczękową, dość duże bezbolesne zgrubienie pochodzi z guza, umiejscowionego w jamie nosowej lub w zatoce.

Przetoki znajdujące się w przedsionku mają to samo znaczenie, co na dziąśle. W przypadku odry występuje ogólne zapalenie śluzówki w dolnej części przedsionka, obok zewnętrznej górnej powierzchni trzonowców spostrzegamy plamy wielkości pestki śliwki lub fasoli, ograniczone, w których widoczne jest kilka białych punkcików wielkości łebka szpilki — są to plamy Köplika; mają one znaczenie diagnostyczne dla odry przed ukazaniem się wysypki. Zgrubienia, znajdujące się w przedsionku jamy ustnej są zwykle objawami miejscowych schorzeń (parulis, periostitis, cysta). Szczególnie duże zgrubienie śluzówki policzków wskazuje na hypofunkcję gruczołu tarczowego. W przypadku marskości wątroby spotykamy intensywne zabarwienie dookoła otworu wyjściowego przewodu Stenona. U atretyków śluzówka policzków jest obrzękła, w konsystencji — tłusta. Suchy, błyszczący wygląd zanikającej śluzówki jest charakterystyczny dla złośliwej nekrozy nerek. Leukoplakią nazywamy mleczno-białe plamy na częściach śluzówki policzków, leżących przy zębach. Etiologia ich nie jest jeszcze wyjaśniona. Jedni przypisują ich powstanie syfilisowi, inni — nadmiernemu paleniu. Faktem jest, że leukoplakia przedstawia punkt wyjścia dla raka. Należy zaznaczyć, iż w przypadku szerzącej się leukoplakii plamy leukoplaktyczne mogą wystąpić na brzegach języka i na jego grzbiecie.

Autor przypisuje również wielkie znaczenie dla diagnostyki zapachowi z ust. Acetonowy zapach z ust przy oddychaniu wskazuje na ciężką cukrzycę, amoniakowy — na mocznicę, metalowy — na zatrucie ołowiem, fekaliami cuchnący — na niedrożność jelit.

Nieprzyjemny zapach fermentacji czujemy z niepielęgnowanej jamy ustnej, przy spróchniałych zębach, źle założonych plombach, nie podchodzących koronach, źle założonych protezach, dalej przy gingivitis, stomatitis, pharyngitis. Słodki zapach butwienia ma oddech chorych na zgorzelinowe zęby, zapalenie migdałków mieszkowe, ropniak zatoki, ropień płuc, ropniak, przebijający do płuca, twardziel.

Zapach gnijący z padliny wydziela się przy wrzodziejącym zapaleniu dziąseł i śluzówki jamy ustnej, przy wrzodach przebijających zgorzeli płuc, rozpadających się guzach, kilaku, ozenie.

Należy zwrócić jeszcze uwagę, że wargi i język stanowią ulubione miejsce dla raka jamy ustnej. Autor podkreśla, że w ojczyźnie jego większa część szerzących się raków w jamie ustnej umiejscawia się najczęściej na wargach, (na dolnej wardze częściej niż na górnej,

u mężczyzn — częściej niż u kobiet), następnie na języku (bliżej ku podstawie), na śluzówce policzków (najczęściej na jej częściach leżących naprzeciw górnych trzonowców), na migdałkach. Bardzo rzadko pierwotnie rak rozwija się na dnie jamy ustnej, na podniebieniu miękkim, języczku. Rak jamy ustnej jest najczęściej płaskokomórkowy, bardzo złośliwy i dlatego wczesna diagnoza ma tu znaczenie rozstrzygające o życiu. Objawy raka są ogólnie znane i diagnostyka różniczkowa rzadko napotyka na trudności.

Widzimy więc, że usta i gardło są siedliskiem rozmaitych objawów i dlatego też w przebiegu (powierzchownego) zewnętrznego badania obserwacja ich daje największe wyjaśnienie.

Str. *P. Finkelsteinówna.*

———o———

Z Akademii Stomatologicznej.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA WYZNAŃ RELIGIJN. I OŚWIECENIA PUBLICZNEGO z dnia 2 sierpnia 1938 r.

w sprawie uzyskiwania stopnia doktora medycyny dentystycznej w Akademii Stomatologicznej w Warszawie.

Na podstawie art. 41 ust. (1) i (3) ustawy z dnia 15 marca 1933 r. o szkołach akademickich (Dz. U. R. P. Nr. 1 z 1938 r., poz. 6), zarządzam co następuje:

§ 1. Wyszym stopniem naukowym, nadanym przez Akademię Stomatologiczną w Warszawie, jest stopień doktora medycyny dentystycznej.

§ 2. Warunkiem ubiegania się o stopień doktora medycyny dentystycznej w Akademii Stomatologicznej jest:

1) wykazanie się uzyskaniem niższego stopnia naukowego w Akademii Stomatologicznej lub na wydziale lekarskim jednego z uniwersytetów polskich lub też niższego stopnia naukowego, uzyskanego w zagranicznej szkole wyższej i nostryfikowanego przez Akademię Stomatologiczną, bądź przez wydział lekarski jednego z polskich uniwersytetów;

2) przedstawienie samodzielnej pracy naukowej;

3) zdanie egzaminu ścisłego z przedmiotu głównego oraz jednego przedmiotu pobocznego, przyczym jeden z egzaminów powinien obejmować przedmiot z zakresu nauk dentystycznych (dentystyki zachowawczej, chirurgii stomatologicznej, protetyki, ortodoncji).

§ 3. Przed rozpatrywaniem kwalifikacyj naukowych kandydata,

uprawniających do ubiegania się o stopień doktora, Rada profesorów ocenia jego kwalifikacje osobiste.

§ 4. Osoby, które uzyskały stopień lekarza dentysty w Państwowym Instytucie Dentystycznym bądź nostryfikowały w Państwowym Instytucie Dentystycznym stopień naukowy, uzyskany w zagranicznej szkole wyższej, mogą ubiegać się o stopień doktora medycyny dentystycznej, jeżeli posiadają świadectwo dojrzałości szkoły średniej ogólnokształcącej i wykażą się co najmniej rokiem pracy po uzyskaniu dyplomu bądź po jego nostryfikacji w klinikach Akademii Stomatologicznej pod kierunkiem profesorów Akademii.

§ 5. Osoby, które ukończyły Akademię Stomatologiczną lub też nostryfikowały swój stopień naukowy, uzyskany w zagranicznej szkole wyższej w tym czasie, gdy w Akademii Stomatologicznej obowiązywał czteroletni program nauczania, muszą wykazać się również co najmniej rokiem pracy po uzyskaniu dyplomu bądź po jego nostryfikacji w klinikach Akademii Stomatologicznej pod kierunkiem profesorów Akademii.

§ 6. Przy ubieganiu się o stopień doktora medycyny dentystycznej obowiązują poza tym przepisy rozporządzenia Ministra Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego z dnia 11 listopada 1924 r. w sprawie uzyskania stopnia doktora na wszystkich wydziałach państwowych szkół akademickich (Dz. Urzęd. Ministr. Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego Nr. 20, poz. 207) w brzmieniu nadanym mu rozporządzeniem Ministra Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego Nr 5, poz. 127).

§ 7. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Minister Wyznań Religijnych
i Oświecenia Publicznego

(—) *W. Świętosławski.*

———o———

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA WYZNAŃ RELIGIJNYCH I OŚWIECENIA PUBLICZN.

z dnia 14 kwietnia 1938 r. (Nr. IV UP — 5530/37)

w sprawie organizacji studiów lekarsko-dentystycznych w Akademii Stomatologicznej w Warszawie *).

Na podstawie art. 41 ust. 3 ustawy z dnia 15 marca 1933 r. o szkołach akademickich (Dz. U. R. P. Nr 1 z r. 1938 poz. 6)**) zarządzam, co następuje:

*) Dz. Urz. Min. W. R. i O. P. Nr 5, z r. 1938, poz. 118.
**) Dz. Urz. Min. W. R. i O. P. Nr 1, poz. 4.

I. Czas trwania studiów.

§ 1. Studia w Akademii Stomatologicznej trwają pięć lat.

§ 2. Rok akademicki dzieli się na trzy trymestry, trwające razem trzydzieści tygodni.

Terminy rozpoczęcia i zakończenia wykładów w poszczególnych trymestrach normują oddzielne przepisy.

II. Plan wykładów i zajęć praktycznych.

§ 3. Plan ogólny wykładów i ćwiczeń obowiązkowych oraz wymiar ich godzin jest następujący:

Rok I

		Trymestr I	II	III
		godzin		
Fizyka	Wykł.	30	30	20
	Ćwicz.	—	40	—
Chemia	Wykł.	40	40	40
	Ćwicz.	20	40	40
Rysunki i modelowanie		20	20	20
Anatomia prawidł.	Wykł.	30	20	10
	Ćwicz.	60	60	60
Anatomia jamy ustnej	Wykł.	10	20	10
	Ćwicz.	20	20	20
Histologia i embriologia	Wykł.	30	30	20
	Ćwicz.	25	25	—
Protetyka dentystyczna	Wykł.	10	10	10
	Ćwicz.	—	30	30

Rok II

		Trymestr I	II	III
		godzin		
Dentystyka zachowawcza	Wykł.	30	30	30
	Ćwicz.	40	40	40
Protetyka	Wykł.	30	30	30
	Ćwicz.	100	100	100
Fizjologia i chemia fizjologiczna	Wykł.	50	50	40
	Ćwicz.	—	40	—
Bakteriologia	Wykł.	20	20	10
	Ćwicz.	—	15	15

Rok III

Trymestr		I	II	III
		godzin		
Dentystyka zachowawcza	Wykł.	10	10	10
	Ćwicz.	30	30	30
Protetyka	Wykł.	20	20	20
	Ćwicz.			
Farmakologia i Toksykologia	Wykł.	20	20	10
	Ćwicz.	—	60	—
Higiena	Wykł.	30	30	20
	Ćwicz.	—	30	—
Chirurgia ogólna	Wykł.	40	30	30
	Ćwicz.	—	10	10
Medycyna wewnętrz. z uwzględnieniem pediatrii i neurologii (Wiad. podstawowe)	Wykł.	30	30	30
	Ćwicz.	10	10	10
Rentgenologia i radiologia wraz z terapią fizykalną		—	—	20
Anatomia patologiczna i patologia ogólna	Wykł.	30	30	30
	Ćwicz.	20	20	20

Rok IV

Trymestr		I	II	III
		godzin		
Dentystyka zachowawcza	Wykł.	30	30	—
	Ćwicz.	90	90	100
Protetyka	Wykł.	30	—	—
	Ćwicz.	60	60	60
Chirurgia stomatologiczna	Wykł.	40	20	—
	Ćwicz.	—	20	—
Medycyna wewnętrzna z uwzględnieniem pediatrii i neurologii	Wykł.	30	30	—
	Ćwicz.	10	10	—
Dermatologia (podstaw. wiad.)	Wykł.	20	20	20
	Ćwicz.	—	—	—
Laryngologia (podst. wiad.)	Wykł.	20	—	—
Ortodoncja	Wykł.	—	40	40

Rok V

Trymestr		I	II	III
		godzin		
Dentystyka zachowawcza	Wykł.	20	—	—
	Ćwicz.	60	60	60

Protetyka dentystyczna	Ćwicz. klin.	80	80	80
Chirurgia stom. kliniki		60	60	60
Ortodoncja. Ortopedia szczękowa	Ćwicz.	30	30	30
	Wykł.	40	40	—
Ortodoncja klin.	Ćwicz.	30	30	30
Okulistyka (wiadom. podstaw.)	Wykł.	20	—	—
Medycyna sądowa w zakresie stomatologii z ćwiczeniami		20	20	—
Etyka lekarska		—	5	5

§ 4. Wszystkie wykłady i zajęcia praktyczne, wymienione w § 3, są obowiązkowe. Prócz wykładów i zajęć praktycznych obowiązkowych mogą się odbywać wykłady i zajęcia praktyczne nieobowiązkowe. Rada Profesorów oznacza, które z nich są studentom zalecone.

§ 5. Rada Profesorów władna jest w obrębie każdego roku studiów przesunąć wykłady i ćwiczenia z niektórych przedmiotów z jednego trymestru na drugi. **W wyjątkowych wypadkach Ministerstwo może na wniosek Rady Profesorów** zezwolić na zmianę liczby godzin wykładów lub zajęć praktycznych z poszczególnych przedmiotów oraz na przesunięcie wykładów i zajęć praktycznych z jednego roku na drugi.

III. Komisje egzaminacyjne.

§ 6. Rada profesorów wybiera spośród swego grona przewodniczących dla każdego roku studiów i ich zastępców.

§ 7. Egzaminatorami są z urzędu nauczyciele akademiccy, wykładający dany przedmiot w Akademii Stomatologicznej. Nadto mogą być, w razie potrzeby, na wniosek Rady Profesorów zatwierdzone przez Ministra Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego w charakterze egzaminatorów inne osoby.

§ 8. Obowiązkiem Przewodniczącego Komisji Egzaminacyjnej jest:

1) wyznaczanie szczegółowych terminów egzaminów **w okresie egzaminacyjnym,** 2) ogólny nadzór nad przebiegiem i organizacją egzaminów.

§ 9. Stopnie przy egzaminach są: celujący, dobry, dostateczny i niedostateczny.

IV. Egzaminy roczne.

§ 10. Egzamin po pierwszym roku studiów obejmuje: fizykę, chemię, anatomię prawidłową wraz z anatomią jamy ustnej i zębów, histologię prawidłową wraz z embriologią, razem 4 przedmioty.

§ 11. Egzamin po drugim roku studiów obejmuje: fizjologię wraz

z chemią fizjologiczną, bakteriologię i protetykę dentystyczną, razem 3 przedmioty.

§ 12. Egzamin po trzecim roku studiów obejmuje: dentystykę zachowawczą, farmakologię, chirurgię ogólną, higienę, anatomię patologiczną wraz z patologią ogólną, razem 5 przedmiotów.

§ 13. Egzamin po czwartym roku studiów obejmuje: chirurgię stomatologiczną, ortodoncję, medycynę wewnętrzną, dermatologię i laryngalogię, razem 5 przedmiotów.

§ 14. Egzaminy: z fizyki, chemii, farmakologii, anatomii patologicznej wraz z patologią ogólną, higieny i medycyny sądowej, która wchodzi w skład egzaminu dyplomowego, są teoretyczne, wszystkie inne teoretyczno-praktyczne.

§ 15. Warunkiem dopuszczenia do egzaminów rocznych jest przesłuchanie wykładów i odrobienie ćwiczeń z przedmiotów, wchodzących w zakres programu danego roku studiów w rozmiarach oznaczonych w § 3. Warunkiem zaś przyjęcia na drugi, trzeci, czwarty albo piąty rok studiów jest pomyślny wynik egzaminu z poprzedniego roku.

§ 16. Egzaminy roczne odbywają się w terminie przedwakacyjnym od 15 czerwca do 7 lipca, w terminie powakacyjnym od 20 września do 3 października. Egzaminy poprawcze odbywają się w terminie od 20 do 31 października.

§ 17. W wypadkach, gdy wykłady i ćwiczenia z danego przedmiotu kończą się w pierwszym lub drugim trymestrze, może przewodniczący Komisji Egzaminacyjnej, na wniosek Rady Profesorów, wyznaczyć termin egzaminu z tego przedmiotu na koniec danego trymestru lub początek następnego.

Egzamin poprawczy z takiego przedmiotu odbywa się w najbliższym okresie egzaminacyjnym.

§ 18. W terminie przedwakacyjnym kandydaci są obowiązani przystąpić do egzaminu przynajmniej z 3 przedmiotów, z wyjątkiem roku drugiego, po którym obowiązani są przystąpić do egzaminu przynajmniej z 2 przedmiotów.

Do przedmiotów tych muszą należeć przy egzaminie po trzecim roku: dentystyka zachowawcza i anatomia patologiczna z patologią, a przy egzaminie po czwartym roku: chirurgia stomatologiczna i ortodoncja.

Kandydatom, którzy wskutek udowodnionych przeszkód nie mogli przystąpić przed wakacjami do egzaminów, przewodniczący danej komisji może odłożyć egzaminy do okresu powakacyjnego.

§ 19. Niezgłoszenie się do egzaminu w terminie wyznaczonym przez przewodniczącego Komisji bez należytego usprawiedliwienia jest równoznaczne z niedostatecznym wynikiem egzaminu.

§ 20. Kandydaci, którzy przy egzaminie w terminie przedwakacyjnym lub powakacyjnym otrzymali stopień niedostateczny z trzech przedmiotów, muszą powtarzać rok.

§ 21. Kandydaci, którzy przy egzaminie poprawczym otrzymali stopień niedostateczny choćby z jednego przedmiotu, muszą powtórzyć rok. Rada Profesorów decyduje w tych wypadkach ostatecznie.

§ 22. Pierwszy rok studiów można powtórzyć jedynie wyjątkowo za zezwoleniem Ministra Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, udzielonym na wniosek Rady Profesorów.

Rok II, III i IV można powtórzyć raz. Pozostanie na tych latach na trzeci rok wymaga zezwolenia Rady Profesorów, która decyduje ostatecznie.

§ 23. Powtarzający rok studiów skutkiem nieprzystąpienia do egzaminów z usprawiedliwionych powodów nie podlegają rygorom, stosowanym do repetentów.

V. Egzamin dyplomowy.

§ 24. Egzamin dyplomowy ma prawo zdawać kandydat, który zdał 4 egzaminy roczne oraz przesłuchał wszystkie obowiązujące wykłady i odrobił ćwiczenia z przedmiotów, wchodzących w zakres programu piątego roku studiów.

§ 25. Egzamin dyplomowy obejmuje: dentystykę zachowawczą, protetykę dentystyczną, ortodoncję, chirurgię stomatologiczną, okulistykę i medycynę sądową, razem 6 przedmiotów. Porządek zdawania egzaminów jest dowolny.

§ 26. Egzaminatorowie egzaminują oddzielnie — każdy ze swego przedmiotu. Egzaminy poprawcze odbywają się przed komisją, w skład której wchodzi egzaminator i przewodniczący komisji lub jego zastępca.

§ 27. W razie niepomyślnego wyniku egzaminu, kandydat ma prawo powtórzyć go w terminie, wyznaczonym przez Komisję Egzaminacyjną. Przystąpienie do egzaminu po raz trzeci wymaga zgody Rady Profesorów. Do składania egzaminu po raz czwarty kandydat może być dopuszczony jedynie wyjątkowo za zezwoleniem Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, udzielonym na wniosek Rady Profesorów.

§ 28. Kandydaci, którzy otrzymali przy egzaminie dyplomowym poprawkę, są obowiązani uczęszczać na wykłady i ćwiczenia do odpowiednich klinik w czasie, poprzedzającym termin egzaminu poprawczego.

§ 29. Kandydat, który w rok po ukończeniu studiów nie zgłosi się do egzaminu dyplomowego, może być dopuszczony do egzaminu w terminie późniejszym tylko za zgodą Rady Profesorów, która może nałożyć na kandydata obowiązek uczęszczania do klinik przed dopuszczeniem go do egzaminu.

§ 30. Po zdaniu egzaminu dyplomowego kandydat otrzymuje dy-

plom lekarza dentysty. Przy wręczeniu dyplomu kandydat składa Rektorowi przyrzeczenie według roty, odczytanej przez Rektora w obecności przynajmniej jednego przedstawiciela Rady Profesorów. Tekst roty umieszcza się na odwrotnej stronie dyplomu.

Rota przyrzeczenia:

„Przyjmując z wdzięcznością stopień lekarza dentysty, nadany mi przez Radę Profesorów Akademii Stomatologicznej i zdając sobie w pełni sprawę z obowiązków, włożonych przez to na mnie, ślubuję uroczyście:

W ciągu całego mego życia niczym nie splamić zawodu, w który dziś wstępuję. Obiecuję nieść jak najstaranniejszą pomoc o każdej porze zwracającym się do mnie chorym, święcie zachowywać powierzone mi tajemnice zawodowe i nie nadużywać nigdy pokładanego we mnie zaufania. Obiecuję pracować nadal nad pogłębieniem swej wiedzy stomatologicznej, dążąc usilnie do jej rozwoju i niczego nie tając, dzielić się zawsze wynikami wszelkich moich badań naukowych. Obiecuję dbać o wysoką etykę zawodu, a względem kolegów być zawsze sprawiedliwym(ą) i nigdy nie obrażać ich czci. Równocześnie zaś, o ile zajdzie tego konieczność ze względu na dobro chorego, będę mówił(a) otwarcie szczerą prawdę. W trudnych wypadkach obiecuję zwracać się o poradę do osób, posiadających większe ode mnie doświadczenie i wiadomości, a jeżeli będę wezwany(a) z nimi na konsylium, postaram się oddać sumiennie pełną sprawiedliwość ich zasługom i staraniom".

§ 31. Ustanawia się następujące brzmienie dyplomu lekarza-dentysty:

„My,

Rektor Akademii Stomatologicznej w Warszawie i Przewodniczący Komisji Egzaminu Dyplomowego oświadczamy, co następuje:

p. . . . . . . rodem . . . . . ., obywatel . . . ., po odbyciu przepisanych studiów w Akademii Stomatologicznej w Warszawie w latach od . . . . do . . . . . . i pomyślnym złożeniu przepisanych egzaminów, na mocy uchwały Rady Profesorów Akademii Stomatologicznej otrzymuje stopień Lekarza Dentysty, stanowiący dowód ukończenia akademickich studiów lekarsko-dentystycznych i **uprawniający do ubiegania się o stopień doktora,** nadto do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w granicach ustaw, obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej.

W dowód tego wydajemy na mocy postanowienia Rady Profesorów Akademii z dnia . . . . 19 . . roku niniejszy dyplom, opatrzony podpisami i pieczęcią Akademii.

Warszawa, dnia . . . . . .roku . , . . Rektor

Przewodniczący Komisji Egzaminacyjnej
Egzaminu Dyplomowego

VI. Doktorat.

§ 32. Warunki uzyskania stopnia doktora medycyny dentystycznej ustali osobne rozporządzenie.

VII. Postanowienia przejściowe.

§ 33. Niniejsze rozporządzenie wchodzi w zycie z dniem ogłoszenia z tym, że w roku akademickim 1937/38 będzie miało zastosowanie tylko w stosunku do studentów I roku.

Nowy program studiów i egzaminów dla roku II, III, IV i V będzie wprowadzony stopniowo w ten sposób, że z początkiem każdego nowego roku akademickiego aż do roku 1941/42 będzie dotyczył dalszego roku studiów.

§ 34. Dotychczasowe przepisy, dotyczące spraw uregulowanych niniejszym rozporządzeniem, tracą moc w terminach, w poprzednich paragrafach wskazanych.

Minister Wyznań Religijnych
i Oświecenia Publicznego
W. Świętosławski.

Dział zawodowy

Do

PANA MINISTRA OPIEKI SPOŁECZNEJ

w Warszawie.

Projekt ustawy o wykonywaniu praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej).

Zarząd Główny Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej, Warszawa, ul. Marszałkowska 120 m. 5.

MEMORIAŁ.

W ramach III Zjazdu Absolwentów b. Państwowego Instytutu Dentystycznego i Akademii Stomatologicznej, odbytego w Warszawie w dniach 31 października i 1-go listopada 1937 r. przy udziale około 900 lekarzy dentystów ze wszystkich terenów Rzeczypospolitej —

wygłoszony został jeden z głównych referatów zawodowych, omawiający konieczność nowelizacji rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10.VI. 1927 r. (Dz. U. R. P. z r. 1934 Nr. 4 poz. 32), przyczym przedłożony został temuż zjazdowi do uchwalenia odnośny projekt ustawowy. Wspomniany Zjazd po przeprowadzeniu szczegółowej i wyczerpującej dyskusji, stanął na stanowisku, że rozporządzenie to wymaga koniecznej i bezzwłocznej nowelizacji, a w wyniku zatwierdził w całości projekt tych zmian zjazdowi przedłożony, oraz wyłonił specjalną komisję dla ostatecznego redakcyjnego opracowania projektu — wreszcie zobowiązał Zarząd Główny Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej, organizacji zawodowej lekarzy dentystów, absolwentów b. Państwowego Instytutu Dentystycznego i Akademii Stomatologicznej, stanowiących więcej jak połowę ogólnej liczby lekarzy dentystów w Państkie Polskim — do złożenia tego projektu Panu Ministrowi.

W wykonaniu przeto uchwały tegoż Zjazdu, Zarząd Główny Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej, **ma zaszczyt przedłożyć Panu Ministrowi** — w załączeniu:

a) projekt ustawy o wykonywaniu praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej),

b) uzasadnienie szczegółowe do tegoż projektu.

i prosić uprzejmie o łaskawe uznanie przez Pana Ministra konieczności zmian w dotychczasowym ustawodawstwie, normującym wykonywanie praktyki lekarsko-dentystycznej, a w wyniku o łaskawe nadanie właściwego biegu przedłożonemu projektowi.

Niezależnie od treści uzasadnienia szczegółowego, dołączonego do przedłożonego projektu, mamy zaszczyt naprowadzić również i uzasadnienie ogólne.

Zawód lekarsko-dentystyczny w zakresie swej specjalności powołany jest do współdziałania z innymi gałęziami wiedzy lekarskiej w pieczy nad zdrowiem publicznym i z tej przyczyny ma przed sobą do spełnienia w życiu społecznym niewątpliwie poważną rolę.

Jednym z podstawowych warunków, **umożliwiających należyte spełnienie tego o znaczeniu ogólno-państwowym zadania, jest istnienie takich przepisów ustawowych,** regulujących wykonywanie praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej), któreby szły po linii **ułatwienia** spełnienia przez zawód lekarsko-dentystyczny tego lekarskiego, społecznego i obywatelskiego obowiązku i pozwoliły mu na przyjęcie na siebie pełnej w tej mierze odpowiedzialności.

W uchwaleniu przez ciała ustawodawcze na wniosek Rządu ustawy o izbach lekarsko-dentystycznych i w będącej w toku prac organizacji tego samorządu zawodowego — widzimy potwierdzenie wagi, jaką czynniki rządowe przywiązują do spełnienia zadań, stojących przed zawodem lekarsko-dentystycznym.

Niemniej jednak zakres działania, poruczony ustawowo izbom lekarsko-dentystycznym w szczególności w zakresie współdziałania

z władzami rządowymi i samorządowymi w sprawach zdrowia publicznego oraz w zakresie strzeżenia etyki, godności i sumienności zawodowej, **może dać pozytywne, a pożądane wyniki tylko wówczas, gdy znajdzie silne oparcie w takich przepisach o wykonywaniu praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej), które pozwolą na konsekwentne przeprowadzenie prac z tym zakresem działania związanych.**

Tego wymogu nie spełniają niestety i spełnić nie mogą przepisy obowiązującego w tej dziedzinie wspomnianego rozporządzenia o wykonywaniu praktyki lekarsko-dentystycznej. Konieczność nowelizacji tych przepisów była naczelnym postulatem świata lekarsko-dentystycznego już w chwili wejścia ich w życie. Moment bowiem ich stanowienia przypadł na okres, szczęśliwie miniony, gdy na większości aktów ustawodawczych, sięgających w życie społeczeństwa, wyciskany był stygmat układu sił stronnictw politycznych, zasięgu ich działania, a jakżeż często niestety kompromisów, nieliczących się zupełnie z koniecznością wprowadzenia w normy życia państwowego i społecznego istotnych, niewzruszonych zasad i wartości.

Nic dziwnego, że w tych warunkach również i przepisy o wykonywaniu praktyki dentystycznej znalazły się w rzędzie tych aktów prawnych, które nie czyniły zadość wymaganiom, dla których powinny były być stworzone, że znalazły się w nich samych postanowienia wzajemnie się wykluczające (art. 1. ust. 1., a końcowe brzmienie art. 17), że stworzona została w nich uprzywilejowana, nieistniejąca w żadnym innym państwie instytucja osób t. zw. uprawnionych techników dentystycznych, którzy w następstwie tych dwuznacznych przepisów w praktyce sięgnęli nie tylko po całkowite albo prawie całkowite zrównanie z lekarzami dentystami, ale nadto i do zapisywania recept (art. 26), a więc uprawnień per excellence lekarskich, mając na uzasadnienie tych wszystkich ambicyj ukończoną szkołę powszechną, a w najlepszym wypadku kilka klas niedokończonej szkoły średniej.

Przepisy wspomnianego rozporządzenia nie przeprowadziły wyraźnej, nie budzącej żadnych wątpliwości, granicy między osobami, uprawnionymi do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej, a osobami do tej praktyki nieuprawnionymi, a w efekcie — przy braku odpowiednich postanowień karnych — do tego, **ze od szeregu lat i po dziś dzień w Państwie Polskim wykonywaniem praktyki lekarsko-dentystycznej w pełnym tego słowa znaczeniu nielegalnie, bezkarnie lub prawie że bezkarnie, zajmuje się każdy, kto ma po temu chęć i odpowiednią dozę specyficznej etyki i sprytu w rozwiązywaniu zagadnienia swego bytu.**

Poza wykonywaniem nielegalnej praktyki lekarsko-dentystycznej o takim zasięgu, jak powyżej zilustrowaliśmy jako bezpośredniego skutku niedostateczności tych przepisów, podkreślić należy nadto brak w ustawodawstwie polskim w ogólności, a w wspomnianym rozporządzeniu w szczególności, przepisów, ustalających, z jakich metali i materiałów dopuszczalne jest sporządzanie i zakładanie protez zębowych.

Brak tych przepisów spowodował, że bezkarnie protezy te w szczególności przez osoby, nie mające żadnego zrozumienia lekarskiego, oraz przez osoby, wykonujące nielegalną praktykę lekarsko-dentystyczną — **były i są sporządzane z metali względnie stopów, wywiązujących nie tylko lokalnie szkodliwe działanie w jamie ustnej, ale przede wszystkim powolne zatruwanie całego organizmu** ze wszystkimi tego stanu ujemnymi skutkami dla zdrowia publicznego.

Okres dziesięciolecia istnienia takich przepisów, poprzedzony nadto okresem poprzednim jeszcze gorszym, stworzył zespół sprzyjających warunków w dokonaniu przeogromnego spustoszenia w stanie uzębienia ludności, a w szczególności narastającego młodego pokolenia, **a przez to wpłynął deprymująco na ogólny stan zdrowia publicznego w Państwie.** Skutki ujemne tego okresu są w tej skali, że zaledwie w niewielkim stopniu dadzą się usunąć, są dalekosiężne i sprowadzić muszą w efekcie pomniejszenie w wysokim stopniu odporności na zachorzenia ogólne, a w szczególności przewodu pokarmowego i narządów miąższowych, a **w sumie spadek sił żywotnych i zdolności fizycznej społeczeństwa. Jak najrychlejsze zahamowanie postępów tej dewastacji w dziedzinie zdrowia publicznego jest pilną koniecznością państwową.**

Przedłożony obecnie Panu Ministrowi projekt ustawy wprowadza przepisy, ustalające w sposób wyraźny, co należy rozumieć przez praktykę lekarsko-stomatologiczną (dentystyczną), a co przez czynności techniczno-dentystyczne, określa w sposób nie pozwalający na dowolną jak dotąd interpretację zakresu uprawnień instytucji przejściowej t. zw. uprawnionych techników dentystycznych i techników dentystycznych, oraz zakres uprawnień pomocniczego personelu laboratoryjnego lekarzy dentystów.

Projekt wprowadza oddzielny przepis co do rodzajów metali i materiałów, jakie należy stosować przy sporządzaniu protez zębowych, reguluje do czasu wydania oddzielnego rozporządzenia wykonawczego sprawę zaopatrzenia pracowni techniczno-dentystycznych, przepisów porządkowych przy wykonywaniu praktyki lekarsko-dentystycznej i czynności techniczno-dentystycznych. Wreszcie wprowadza postanowienia analogiczne do odnośnych przepisów rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki lekarskiej, różniczkuje kategorie wykroczeń przeciw przepisom ustawy i wprowadza różne stopnie odpowiedzialności karnej. W końcu, wobec wejścia w życie ustawy o izbach lekarsko-dentystycznych, przepisy projektu dostosowane zostały do ustawowego zakresu działania tychże izb.

Projekt ten, poza celem naczelnym to jest dbałości o zdrowie publiczne, **siłą faktu zmierza również do należytej, a koniecznej ochrony prawnej zawodu lekarsko-dentystycznego** przed ingerencją w jemu powierzony zakres uprawnień czynników i osób ku temu niepowołanych, strzeże etyki i godności członków zawodu. W przeprowadzaniu tej ochrony prawnej, zawód lekarsko-dentystyczny widzi **akt koniecznej sprawiedliwości społecznej** zlikwidowania dotkliwych krzywd, jakie

mu przypadły w udziale i wydźwignięcia go na należny mu w hierarchii społecznej poziom, z którego — nie wiemy w imię jakiej zasady— został zepchnięty.

Przedkładając Panu Ministrowi niniejszy projekt w chwili obecnej, pragniemy uzasadnić również dlaczego nie wstrzymujemy się z nim do momentu rozpoczęcia działalności izb lekarsko-dentystycznych. Otóż początek tej działalności w właściwym tego słowa znaczeniu, przypadnie na początek 1939-go roku. **Postulaty tego projektu nie są wyłącznie postulatami naszej organizacji zawodowej, ale całego świata lekarsko-dentystycznego, dawno ustalonymi i tak powszechnymi, że śmiało wysunąć możemy twierdzenie, iż przedkładając ten projekt Paanu Ministrowi, spełniamy życzenie całego zawodu,** że opinia izby lekarsko-dentystycznej, członkowie której więcej jak w połowie są absolwentami b. Państwowego Instytutu Dentystycznego oraz Akademii Stomatologicznej pokrywać się będzie w całości zarówno z tezami projektu jak i treścią jego postanowień. Odczekiwanie przeto przez nas na złożenie niniejszego projektu do momentu rozpoczęcia działalności izby lekarsko-dentystycznej, byłoby tylko stratą drogiego czasu. Pragniemy, aby w międzyczasie projekt niniejszy przeszedł długą zazwyczaj drogę postępowania opiniodawczego, aby w momencie rozpoczęcia działalności izby lekarsko-dentystycznej, stał się dojrzałym — oczywiście w przypadku przychylnego zdecydowania w tej mierze Pana Ministra — do projektu rządowego ustawy, który jako taki mógłby być wniesiony pod obrady ciał ustawodawczych jeszcze w czasie trwania ich sesji zwyczajnej 1938/1939-go roku. Zresztą i tak w tym ostatnim, najlepszym przypadku projekt ów mógłby stać się ustawą nie wcześniej jak w roku 1940-tym — w przeciwnym natomiast razie conajmniej o rok później.

Działalność izb lekarsko-dentystycznych w zakresie ich uprawnień ustawowych, jak już wyżej wspomnieliśmy, jest ściśle związana z koniecznością jak najrychlejszego przeprowadzenia zmiany w dotychczasowym ustawodawstwie lekarsko-dentystycznym i działalność ta tak długo nie będzie mogła dać pożądanych wyników, jak długo istnieją dotychczasowe w tej mierze przepisy — czyli innymi słowy, izby **lekarsko-dentystyczne byłyby skazane do tego czasu na połowiczne, a stąd i bardzo trudne spełnianie swych funkcyj.**

W przypadku natomiast przychylenia się Pana Ministra do naszej prośby, nowelizacja dotychczasowych przepisów o wykonywaniu praktyki lekarsko-dentystycznej, mogłaby się stać faktem dokonanym conajmniej o cały rok wcześniej, umożliwiając w ten sposób izbie lekarsko-dentystycznej racjonalne zakreślenie programu jej prac i podjęcie czynności, zmierzających do skutecznego przeprowadzenia tychże w ramach jej ustawowego zakresu działania, a przede wszystkim w dziale najważniejszym t. j. współdziałania z władzami rządowymi i samorządowymi w sprawach zdrowia publicznego.

Z tych wszystkich wyżej przytoczonych powodów, a nadto i argumentów, naprowadzonych w dołączonym uzasadnieniu szczegółowym,

podpisany Zarząd Główny — **ma zaszczyt prosić uprzejmie Pana Ministra o łaskawe uznanie postulatu konieczności nowelizacji rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10.VI. 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej za w pełni uzasadniony, konieczny i pilny, a w wyniku o łaskawe nadanie właściwego biegu przedłożonemu projektowi ustawowemu w tej dziedzinie.**

Stowarzyszenie nasze, podejmując się tej inicjatywy i dokonując tej pracy, uczyniło to nie tylko w imię słusznej i koniecznej obrony spraw zawodowych stanu lekarsko-dentystycznego, ale nadto i przede wszystkim w imię dobra wspólnego wszystkich obywateli, jakim jest zdrowie publiczne, a w głównej mierze narastającego pokolenia i mniema, że w ten sposób pozytywną swą pracą daje dowody chęci spełnienia ciążącego na nim obowiązku zarówno lekarskiego jak i obywatelskiego.

Z a Z a r z ą d G ł ó w n y:

Sekretarz Generalny:	Prezes:	Viceprezesi:
(—) *J. Konstantin*	(—) *J. Łączyński*	(—) *J. Szajewski*
Sekretarz: (—) *B. Janowicz.*		(—) *F. Rutkowski.*

———o———

PROJEKT

USTAWY O WYKONYWANIU PRAKTYKI LEKARSKO - STOMATOLOGICZNEJ (DENTYSTYCZNEJ) ZARZĄDU GŁÓWNEGO STOWARZ. ABSOLWENTÓW AKADEMII STOMATOLOGICZNEJ

według

referatu, wygłoszonego na III Zjeździe Absolwentów Akademii Stomatologicznej przez lekarza-stomatologa Juliana Łączyńskiego.

USTAWA

o wykonywaniu praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej) i czynności techniczno - dentystycznych.

I. Praktyka lekarsko-stomatologiczna.

Art. 1.

(1) Przez praktykę lekarsko-stomatologiczną (dentystyczną) rozumie się wykonywanie wszelkich zabiegów lekarsko-stomatologicznych (dentystycznych) i techniczno-dentystycznych oraz wydawanie orzeczeń lekarskich w zakresie tej specjalności.

(2) Przez zabiegi lekarsko-stomatologiczne (dentystyczne), o których mowa w ust. 1) niniejszego artykułu, należy rozumieć wszelkie czynności, mające na celu rozpoznanie, leczenie i zapobieganie szerzeniu się chorób jamy ustnej i zębów. Zakładanie plomb, wkładów i t. p. jest zabiegiem lekarsko-stomatologicznym (dentystycznym).

(3) Przez zabiegi techniczno-dentystyczne, o których mowa w ust. 1) niniejszego artykułu, należy rozumieć także postępowanie w jamie ustnej chorego, które zostało już poprzedzone zabiegami lekarsko-stomatologicznymi (dentystycznymi) na poszczególnych zębach względnie uzębieniu szczątkowym (korzenie) i ma na celu przywrócenie prawidłowych warunków zgryzowych poprzez protetyczne uzupełnienie braków w uzębieniu względnie zabezpieczenie zębów pojedyńczych przed dalszym procesem niszczenia.

Art. 2.

(1) Nadzór i kontrola nad wykonywaniem praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej) należy do Ministra Opieki Społecznej; w wykonywaniu tego nadzoru Minister Opieki Społecznej korzysta ze współdziałania izb lekarsko-dentystycznych.

(2) Nadzór nad wykonywaniem praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej) przez osoby wojskowe w zakresie ich czynności służbowych należy do Ministra Spraw Wojskowych.

Art. 3.

(1) Prawo wykonywania praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej) może być stałe lub czasowe.

(2) Prawa wykonywania praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej) nie mogą uzyskać osoby, które:

a) były pozbawione własnej woli z powodu choroby psychicznej— przez czas trwania ubezwłasnowolnienia;

b) były sądownie pozbawione praw publicznych i obywatelskich praw honorowych — do chwili odzyskania tych praw.

Art. 4.

(1) Prawo stałego wykonywania praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej) mają osoby, które:

1) są obywatelami Państwa Polskiego;

2) a) posiadają dyplom lekarski, wydany lub uznany przez jeden z polskich uniwersytetów państwowych i odbyły jednoroczną praktykę przygotowawczą lekarsko - stomatologiczną (dentystyczną) po ukończeniu studiów, lub

b) dyplom lekarski, wydany lub uznany przez Akademię Stomatologiczną względnie były Państwowy Instytut Dentystyczny w Warszawie;

3) są zapisane na listę członków izby lekarsko-dentystycznej; obowiązek ten nie dotyczy osób wymienionych pod pkt. 2) a).

(2) Zasady odbywania praktyki przygotowawczej lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej), wskazanej w pkt. 2) a) niniejszej ustawy, określa w drodze rozporządzenia Minister Opieki Społecznej, a o ile chodzi o osoby wojskowe w porozumieniu z Ministrem Spraw Wojskowych. Do chwili wydania tego rozporządzenia osoby, odpowiadające warunkom, zawartym w ust. 1) pkt. 2) a) zwolnione są od obowiązku praktyki przygotowawczej.

Art. 5.

Poza osobami, uprawnionymi w myśl art. 4 — mogą się zajmować wykonywaniem praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej), o ile odpowiadają warunkom w ust. 1) pkt. 1) art. 4 osoby następujące:

a) osoby posiadające dyplomy lekarskie, wyszczególnione w pkt. 1, 2, 3 i 4 art. 2 ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim (Dz. U. R. P. Nr. 105 poz. 762) lub w pkt. a), b), c) i d) ust. 2 art. 3 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września 1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej (Dz. U. R. P. Nr. 81 poz. 712);

b) lekarze-dentyści, którzy posiadają dyplomy wydane przez uniwersytety b. cesarstwa rosyjskiego przed dniem 27 listopada 1917 r.;

c) lekarze-dentyści, którzy uzyskali aprobatę, uprawniającą do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w Państwie Niemieckim przed dniem 27 grudnia 1918 r.;

d) osoby, które na podstawie aprobaty, uzyskanej w Państwie Niemieckim, wykonywały praktykę lekarsko-dentystyczną przynajmniej od 1 stycznia 1922 r. do 15 czerwca 1922 r. na obszarze górnośląskiej części województwa śląskiego;

e) osoby posiadające aprobatę na stopień lekarza-dentysty, wydaną przez komisję egzaminacyjną na lekarzy-dentystów w b. General-Gubernatorstwie Warszawskim w latach: 1916, 1917 i 1918;

f) osoby posiadające świadectwa z ukończenia szkół lekarsko-dentystycznych, znajdujących się na obszarze b. cesarstwa rosyjskiego o ile dopełnili warunków, przewidzianych w pkt. 6) art. 2 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej (Dz. U. R. P. Nr. 4 z 1934 r., poz. 32);

g) dentyści, posiadający dyplomy uniwersytetów b. cesarstwa rosyjskiego, Wojennej Akademii Lekarskiej w Petersburgu i

żeńskiego Instytutu Medycznego w Petersburgu, wydane przed dniem 27 listopada 1917 r.

Art. 6.

(1) Prawo czasowego wykonywania praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej) mogą otrzymać osoby, które:

a) powołane zostały przez władze państwowe z zagranicy na profesorów wydziałów lekarskich uniwersytetów polskich względnie Akademii Stomatologicznej w Warszawie, chociaż nie mają warunków, określonych art. 4 ust. 1 pkt. 1) i 2) niniejszej ustawy, posiadają jednak uprawnienia do wykonywania praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej) w innych państwach — a to na czas przez jaki pozostają na swych stanowiskach uniwersyteckich względnie w Akademii Stomatologicznej w Warszawie;

b) nie są w możności niezwłocznie wykazać dowodnie, że posiadają wszystkie wymagane w art. 4 wzgl. w art. 5 warunki;

c) nie posiadające jeszcze obywatelstwa polskiego, a posiadające inne warunki określone w art. 4 wzgl. w art. 5 o ile wykażą, że poczyniły u odpowiednich władz starania celem uzyskania tego obywatelstwa;

d) wskutek poślubienia cudzoziemca utraciły obywatelstwo polskie, a posiadają wszystkie inne warunki do wykonywania praktyki lekarsko-stomatologicznej w rozumieniu niniejszej ustawy — pod warunkiem wzajemności.

(2) Przyznawanie prawa czasowego wykonywania praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej) należy do Ministra Opieki Społecznej; w przypadkach, określonych w ust. 1) pkt. b), c) i d) Minister Opieki Społecznej udziela zezwolenia po uprzednim zasięgnięciu opinii naczelnej izby lekarsko-dentystycznej.

Art. 7.

(1) Osobom, które posiadają prawo wykonywania praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej) w myśl art. 4, 5 i 6 służy prawo do używania tytułu „lekarz-dentysta“.

(2) Postanowienia niniejszego artykułu nie naruszają w niczym uprawnień do używania tytułów, uzyskanych na podstawie innych przepisów prawnych.

(3) Używanie przez osoby, wykonujące praktykę lekarsko-stomatologiczną (dentystyczną) tytułów nieuznanych w Państwie Polskim, a mogących wywołać błędne mniemanie o szczególnym uprawnieniu do wykonywania praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej) jest wzbronione.

Art. 8.

W razie wojny, w braku dostatecznej liczby osób, uprawnionych do wykonywania praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej), obowiązanych do służby wojskowej, powołanych na podstawie świadczeń oraz dobrowolnych zgłoszeń, Minister Opieki Społecznej może w porozumieniu z Ministrem Spraw Wojskowych dopuścić do pełnienia praktyki lekarsko-stomatologicznej w wojskowych przychodniach dentystycznych — jednak bez prawa wykonywania praktyki prywatnej — osoby nie będące obywatelami Państwa Polskiego, a posiadające prawo wykonywania praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej) w innych państwach na mocy tamze otrzymanych względnie uznanych dyplomów.

Art. 9.

(1) Przed rozpoczęciem praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej) lekarz-dentysta obowiązany jest zarejestrować się u wojewódzkiej władzy administracji ogólnej, składając dowody uprawnień; władza ta wydaje pisemne zaświadczenie o uprawnieniu do wykonywania praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej). Przy składaniu dowodów uprawnień lekarz-dentysta winien wskazać jednocześnie stałe miejsce wykonywania praktyki lekarsko-stomatologicznej oraz swój adres.

(2) Po zarejestrowaniu się u wojewódzkiej władzy administracji ogólnej, lekarz-dentysta zgłasza się do właściwej terytorialnie okręgowej izby lekarsko-dentystycznej, która niezwłocznie wpisuje go na listę swych członków. Lekarz-dentysta może rozpocząć wykonywanie praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej) od dnia zgłoszenia się do izby lekarsko-dentystycznej. Przepis niniejszy nie dotyczy lekarzy, posiadających prawo wykonywania praktyki lekarskiej na podstawie przepisów rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września 1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej (Dz. U. R. P. Nr. 81 poz. 712) i ustawy z dnia 30 lipca 1938 r. o zmianie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki lekarskiej (Dz. U. R. P. Nr. 57 poz. 449).

(3) O rozpoczęciu i zaprzestaniu wykonywania praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej) w miejscu stałym, zmianach tego miejsca i adresu, lekarz-dentysta obowiązany jest w ciągu 14-tu dni zawiadomić pisemnie powiatową władzę administracji ogólnej i właściwą terytorialnie okręgową izbę lekarsko-dentystyczną.

(4) Stałe wykonywanie praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej) dozwolone jest tylko w jednej miejscowości. Na wniosek Naczelnej Izby lekarsko-dentystycznej, gdy wzgląd na zdrowie publiczne tego wymaga, Minister Opieki Społecznej może udzielić zezwolenia osobie uprawnionej na wykonywanie praktyki lekarsko-stomatologicznej w dwóch miejscowościach.

(5) Ograniczeniom, wymienionym w niniejszym artykule nie podlegają osoby wojskowe w zakresie ich czynności służbowych; ograniczeniom zaś, wymienionym w ust. 4 niniejszego artykułu nie podlegają lekarze-dentyści:

a) obowiązani do wykonywania swych czynności lekarsko-stomatologicznych (dentystycznych) w różnych miejscowościach w Państwie Polskim na podstawie zleceń władz państwowych, samorządowych lub umowy z instytucją publiczno-prawną;
b) podejmujący się zastępstwa na określony przeciąg czasu i
c) wykonujący praktykę lekarsko-stomatologiczną (dentystyczną) w uzdrowiskach sezonowo, łącznie jednak nie dłużej jak przez 6 miesięcy w ciągu jednego roku kalendarzowego.

Art. 10.

(1) Przychodnie lekarsko-dentystyczne mogą być zakładane po uprzednim uzyskaniu zezwolenia właściwego Wojewody, z którym współdziała izba lekarsko-dentystyczna oraz wydział wojewódzki z głosem stanowczym. Zezwolenia na założenie przychodni lekarsko-dentystycznej w m. st. Warszawie udziela Komisarz Rządu na m. st. Warszawę, a zezwolenia na założenie przychodni przez gminę m. st. Warszawy udziela Minister Opieki Społecznej. Minister Opieki Społecznej może w drodze rozporządzenia przekazać powyższe uprawnienia Wojewodów i Komisarza Rządu na m. st. Warszawę powiatowym władzom administracji ogólnej, z którymi z wyjątkiem m. st. Warszawy i niezależnie od izby lekarsko-dentystycznej, współdziałają wydziały powiatowe z głosem doradczym. Zezwoleń na utworzenie przychodni lekarsko-dentystycznych w szkołach akademickich i przy klinikach uniwersyteckich udziela, o ile klinika jest zakładem samodzielnym, Minister Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, o ile zaś przychodnia ma istnieć w obrębie szpitala, w porozumieniu z Ministrem Opieki Społecznej.

(2) Zezwolenia na zakładanie przychodni lekarsko-dentystycznych mogą być udzielane tylko osobom, uprawnionym (art. 4 i 5) do stałego wykonywania praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej), związkom samorządowym, szkołom, klinikom uniwersyteckim i osobom prawnym, o ile ich statuty przewidują prowadzenie odnośnych czynności.

(3) Kierownikiem przychodni lekarsko-dentystycznej może być tylko osoba, uprawniona do stałego wykonywania praktyki lekarsko-stomatologicznej (art. 4 i 5) i wykazująca się odbyciem conajmniej pięcioletniej praktyki prywatnej samodzielnej lub trzyletniej praktyki w klinikach Akademii Stomatologicznej w Warszawie wzgl. w klinikach stomatologicznych wydziałów lekarskich uniwersytetów polskich.

(4) Uruchomienie przychodni lekarsko-dentystycznej może nastą-

pić po stwierdzeniu przez organa inspekcji wojewódzkiej w dziale zdrowia publicznego, że urządzenie przychodni odpowiada obowiązującym przepisom.

(5) Szczegółowe przepisy co do urządzenia i koniecznego zaopatrzenia przychodni lekarsko-dentystycznych, sposobu ich prowadzenia i obowiązujący regulamin — ustalone zostaną w drodze oddzielnego rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej.

(6) Przepisy o zakładaniu i utrzymywaniu przychodni lekarsko-dentystycznych, zawarte w ust. 1, 2, 4 i 5) nie mają zastosowania do przychodni lekarsko-dentystycznych, zakładanych przez Ministerstwo Spraw Wojskowych i Ubezpieczalnie Społeczne.

Art. 11.

(1) Kierownicy przychodni lekarsko-dentystycznych tudzież lekarze-dentyści, zajmujący się praktyką prywatną, obowiązani są zgłosić w terminie dni 14 do powiatowej władzy administracji ogólnej oraz właściwej terytorialnie izby lekarsko-dentystycznej osoby, wykonujące u nich praktykę lekarsko-stomatologiczną (dentystyczna), przedkładając oryginały wzgl. wierzytelne odpisy zaświadczeń rejestracyjnych (art. 9 ust. 1) tychże osób.

Wymienieni poprzednio obowiązani są również w każdym przypadku zmian składu osobowego osób, wykonujących u nich praktykę lekarsko-stomatologiczną (dentystyczną) — dokonać odpowiedniego zgłoszenia w trybie i terminie wyżej ustalonym.

Art. 12.

(1) Nadzór i kontrola nad przychodniami lekarsko-dentystycznymi należą do władz nadzorczych nad zakładami leczniczymi (art. 73 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych (Dz. U. R. P. Nr. 38 poz. 382).

(2) Przychodnie lekarsko-dentystyczne Ubezpieczalni Społecznych podlegają w myśl art. 97 i 98 ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. Nr. 44 poz. 272) nadzorowi właściwych okręgowych urzędów ubezpieczeń przy współudziale delegatów Ministerstwa Opieki Społecznej do tych urzędów.

(3) Przepis ust. 1 niniejszego artykułu nie ma zastosowania do przychodni lekarsko-dentystycznych, zakładanych przez Ministerstwo Spraw Wojskowych.

Art. 13.

1) Lekarz-dentysta obowiązany jest wykonywać praktykę lekarsko-stomatologiczną (dentystyczną) osobiście lub przy pomocy osób do jej wykonywania uprawnionych. Dokonywanie przez pomocniczy personel lekarsko-dentystyczny lub osoby nieuprawnione do wykonywania praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej) jakichkol-

wiek zabiegów lekarsko-stomatologicznych (dentystycznych) względnie zabiegów techniczno-dentystycznych, choćby w obecności, pod kierunkiem i na zlecenie lekarza-dentysty, jest wzbronione.

(2) Przepis ustępu 1 niniejszego artykułu nie dotyczy zatrudniania osób wyszczególnionych w art. 31 i 32 i wykonywania przez nie czynności w granicach przyznanych im uprawnień.

(3) Zarówno lekarz-dentysta jak i inne osoby, o których mowa w niniejszym artykule, a wykraczające przeciw przepisom ust. 1 lub 2 tegoż artykułu—podpadają pod sankcje karne, wyszczególnione w art. 39 ust. 1 niniejszej ustawy.

Art. 14.

(1) Z wykonywaniem praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej) nie wolno łączyć zajęć nielicujących z etyką lub powagą zawodu lekarsko-stomatologicznego (dentystycznego).

(2) W poszczególnych wypadkach zakazy wydają wojewódzkie władze administracji ogólnej na podstawie opinii izby lekarskiej, a co do osób wojskowych — władze wojskowe.

Art. 15.

(1) Lekarz-dentysta, który zgodnie z postanowieniami art. 9 ust. 3 nie zaprzestał wykonywania praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej), winien, jeśli nie zachodzi ku temu poważna przeszkoda, udzielić pomocy lekarskiej w zakresie swej specjalności w każdym przypadku, grożącym choremu wskutek zwłoki niebezpieczeństwem utraty życia lub zdrowia. Za odmówienie w takich przypadkach pomocy lekarskiej, lekarz-dentysta, niezależnie od kar, przewidzianych w art. 39 ust. 3 winien być pociągnięty do odpowiedzialności dyscyplinarnej.

(2) Przepis ustępu poprzedniego nie obowiązuje w miejscowościach, w których jest zorganizowana stale czynna pomoc doraźna.

Art. 16.

(1) Lekarz-dentysta może odstąpić od leczenia chorego według swego uznania, o ile nie zachodzi przypadek, przewidziany w art. 15, obowiązany jest jednak o tym zawczasu uprzedzić chorego, względnie osoby opiekujące się chorym.

(2) Przepis ust. 1 nie dotyczy przypadków, w których lekarz-dentysta wykonywa swe czynności z tytułu obowiązku służbowego lub zawartych dobrowolnie umów.

Art. 17.

(1) Każdemu lekarzowi-dentyście, który udzielił pierwszej pomocy w nagłych przypadkach lub przybył do jej udzielenia, należy się od-

powiednia zapłata za trud według taksy, ustalonej na mocy art. 18 oraz zwrot rzeczywistych i usprawiedliwionych wydatków.

(2) O ile koszty za udzielenie przez lekarza-dentystę pomocy w nagłych przypadkach nie mogą być zwrócone lub ściągnięte od chorego, względnie od innych osób lub instytucyj, zobowiązanych z jakiegokolwiek tytułu prawnego do pokrycia tych kosztów, wypłaca je lekarzowi-dentyście związek komunalny, na którego obszarze zaszedł nagły wypadek, przytym związkowi komunalnemu, który koszty te pokrył, przysługuje w przeciągu 5 lat od dnia zapłacenia należności prawo regresu do osób i instytucyj wyżej wspomnianych, jak również do związków komunalnych, obowiązanych do pokrywania kosztów leczenia ubogich na mocy ogólnych przepisów; to samo prawo regresu przysługuje również ostatnio wymienionym związkom komunalnym.

Art. 18.

(1) W razie niezawarcia oddzielnej umowy z lekarzem-dentystą o należność za udzielenie porady, za zabieg lekarsko-stomatologiczny, zabieg techniczno-dentystyczny (art. 1 ust. 3) lub za leczenie, lekarz-dentysta obowiązany jest przyjąć ją w wysokości, odpowiadającej skalom cennika należności lekarsko-dentystycznych, ogłaszanego przez wojewódzką władzę administracji ogólnej po zasięgnięciu opinii izby lekarsko-dentystycznej. Instytucje rządowe, samorządowe, opieki społecznej, ubezpieczeń społecznych i dobroczynne korzystają z ulg określonych przez tę władzę.

(2) W razie sporu o słuszność lub wysokość należności, żądanych przez lekarza-dentystę zainteresowanym stronom przysługuje prawo zwrócenia się do sądu polubownego izby lekarsko-dentystycznej o rozstrzygnięcie tego sporu; orzeczenia sądu polubownego są ostateczne.

(3) Z chwilą wyrażenia przez obie strony pisemnej zgody na rozstrzygnięcie sporu przez sąd polubowny, zwracanie się na drogę sądową jest niedopuszczalne.

Art. 19.

Lekarz-dentysta może dokonywać zabiegów chirurgicznych z zakresu swej specjalności tylko za uprzednią zgodą chorego lub jego prawnego zastępcy, wyjąwszy przypadki, gdy życiu grozi bezpośrednie niebezpieczeństwo, a zabieg chirurgiczny dokonywany jest poza obrębem zakładu leczniczego.

Art. 20.

(1) Lekarz-dentysta obowiązany jest do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym poweźmie wiadomość podczas i wskutek wykonywania swego zawodu.

(2) Wyjątek od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej stanowią przypadki:

a) kiedy lekarz-dentysta obowiązany jest z mocy przepisów prawnych donosić władzom o zachorowaniach;
b) w których leczony lub jego prawny zastępca (opiekun, kurator i t. p.) zezwolą na jej ujawnienie;
c) w których powierzający lekarzowi-dentyście tajemnicę jest niewłasnowolny; w tych przypadkach lekarz, o ile nie dostrzeże w ujawnieniu powierzonej mu tajemnicy krzywdy chorego, może wyjawić powierzoną mu tajemnicę prawnemu zastępcy tegoż;
d) w których zachowanie tajemnicy lekarskiej powodować może istotne niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia leczonego lub otoczenia;
e) kiedy na skutek żądania uprawnionych władz, urzędów bądź też instytucyj państwowych, samorządowych lub publiczno-prawnych lekarz-dentysta występuje jako biegły;
f) kiedy badanie lekarskie zostało zarządzone na żądanie upoważnionych do tego władz, urzędów i instytucyj państwowych, samorządowych i publiczno-prawnych.

Art. 21.

(1) Lekarz-dentysta może wydawać świadectwa lekarskie z zakresu swej specjalności tylko na podstawie uprzedniego badania, dokonanego osobiście.

(2) Za wydanie świadectwa lekarz-dentysta ma prawo pobierania odpowiedniej należności, ustalonej w trybie art. 18.

(3) W każdym świadectwie lekarz-dentysta winien:

a) wskazać cel jego wydania oraz na czyje ręce i na czyje żądanie je wydał;
b) dokładnie wymienić swoje imię, nazwisko i adres, jak również i imię, nazwisko, wiek, miejsce zamieszkania i sposób stwierdzenia tożsamości osoby badanej;
c) zaznaczyć rozpoznanie choroby oraz podać datę dokonanego przez siebie badania.

(4) Rozpoznanie choroby może być opuszczone, jeśli ze względu na cel wydania świadectwa lekarz-dentysta uzna je za zbyteczne lub jeżeli umieszczenie rozpoznania w świadectwie nasuwa wątpliwość co do zachowania tajemnicy lekarskiej w myśl art. 20.

Art. 22.

Postanowienia artykułów 17, 18 i 21 ust. 2 nie mają zastosowania do cywilnych i wojskowych lekarzy-dentystów państwowych, wzglę-

dnie samorządowych oraz zatrudnionych w instytucjach ubezpieczeń społecznych, w których wykonywują oni czynności z tytułu obowiązku służbowego lub umownego.

Art. 23.

(1) Lekarz-dentysta dla celów protetycznego uzupełnienia uzębienia obowiązany jest posługiwać się wyłącznie metalami szlachetnymi, a z nieszlachetnych tylko tymi, które nie wywiązują przez swoją obecność w jamie ustnej szkodliwego działania dla zdrowia.

(2) Szczegółowe przepisy, normujące posługiwanie się dla celów protetyki dentystycznej metalami i innymi materiałami — ustali w drodze rozporządzeń Minister Opieki Społecznej.

(3) Do czasu wydania tych przepisów wolno dla celów protetyki dentystycznej używać następujące metale:

a) szlachetne: złoto nie niżej 18-to karatowe, platyna, stopy złota z platyną (złoto-platyna), stop złota z palladem (białe złoto);
b) nieszlachetne: stal austenityczna V. 2. A. (metal Wipla); z pozostałych tylko te, co do których Ministerstwo Opieki Społecznej w oparciu o przeprowadzone przez Państwowy Zakład Higieny lub zakłady naukowe badania, wydało zaświadczenia, stwierdzające ich nieszkodliwość dla zdrowia.

Art. 24.

(1) Środki lekarskie zapisuje lekarz-dentysta w formie recept.

(2) Sposób wystawiania recept ustala Minister Opieki Społecznej w drodze rozporządzenia.

Art. 25.

(1) Lekarze-dentyści (art. 7) oraz przychodnie lekarsko-dentystyczne (art. 10) mogą ogłaszać się pod względem formy i treści w sposób nie noszący cech reklamy.

(2) Minister Opieki Społecznej ustali szczegółowe przepisy o ogłaszaniu się, o którym mowa w ustępie pierwszym; do czasu wydania tych przepisów obowiązują zarówno lekarzy-dentystów jak i przychodnie lekarsko-dentystyczne normy ogłaszania się, ustalone rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 16 stycznia 1929 r. o ogłaszaniu się lekarzy-dentystów (Dz. U. R. P. Nr. 8 poz. 69).

Art. 26.

(1) Prawo wykonywania praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej) traci lekarz-dentysta z mocy samego prawa:

a) w razie utraty obywatelstwa polskiego z wyjątkiem przypadku, określonego w art. 6 ust. 1, pkt. d);
b) w razie ubezwłasnowolnienia z powodu choroby psychicznej — na czas trwania ubezwłasnowolnienia.

(2) W przypadkach, gdy z powodu choroby psychicznej lekarza-dentysty, wykonywanie przez niego praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej) może zagrażać oczywistym niebezpieczeństwem życiu lub zdrowiu osób leczonych, wojewoda władny jest na podstawie orzeczenia komisji lekarskiej przez siebie powołanej, zawiesić lekarza dentystę w prawie wykonywania praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej). Decyzja wojewody wymaga uzasadnienia. Na żądanie zainteresowanego lekarza-dentysty, nie wcześniej jednak jak po upływie jednego roku od dnia zawieszenia lekarza-dentysty w prawie wykonywania praktyki lekarsko - stomatologicznej (dentystycznej), wojewoda zarządza ponowne badanie jego przez komisję lekarską.

Art. 27.

Lekarz-dentysta może być pozbawiony prawa wykonywania praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej) na stałe lub na określony przeciąg czasu:

a) prawomocnym wyrokiem sądu powszechnego lub wojskowego,
b) prawomocnym wyrokiem sądu dyscyplinarnego izby lekarsko-dentystycznej w przypadkach przewidzianych w art. 21 ust. (1) pkt. 3 i 4 oraz ust. 4 i 5 ustawy z dnia 11 stycznia 1938 r. o izbach lekarsko-dentystycznych (Dz. U. R. P. Nr. 6 poz. 33).

II. O wykonywaniu czynności techniczno-dentystycznych.

Art. 28.

Przez czynności techniczno-dentystyczne w odróżnieniu od zabiegów techniczno-dentystycznych (art. 1 ust. 3), należy rozumieć takie czynności, które polegają wyłącznie na laboratoryjnym wykonaniu protez zębowych.

Art. 29.

(1) Wykonywanie czynności techniczno-dentystycznych przez osoby nieuprawnione do wykonywania praktyki lekarsko-stomatologicznej (pomocniczy personel laboratoryjny), dozwolone jest wyłącznie pod kierunkiem i na zamówienie lekarza-dentysty; osoby te jednak nie mają prawa bezpośredniego stykania się z pacjentem, używania jakichkolwiek tytułów, reklamowania się, umieszczania szyldów, tablic i ogłaszania się z wyjątkiem ogłaszania się w prasie fachowej.

(2) Wyjątki od przepisów ustępu pierwszego zawarte są w postanowieniach przejściowych, objętych art. 30, 31 i 32 niniejszej ustawy.

Art. 30.

Na obszarze województw: krakowskiego, lwowskiego, pomorskiego, poznańskiego, stanisławowskiego, śląskiego i tarnopolskiego, mogą wykonywać samodzielnie czynności techniczno-dentystyczne osoby, które w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy są obywatelami polskimi i wykazać się mogą pisemnym zaświadczeniem Ministra Opieki Społecznej o posiadanym przez nich uprawnieniu do samodzielnego wykonywania czynności techniczno-dentystyczynch.

Art. 31.

Osoby, wyszczególnione w art. 30 mają prawo używać tytułu „technik-dentystyczny“ i są uprawnione do brania wycisków celem sporządzania wszelkiego rodzaju protez zębowych oraz osadzania ich w jamie ustnej, jednak bez prawa wykonywania jakichkolwiek zabiegów lekarsko-stomatologicznych (dentystycznych) i zabiegów techniczno-dentystycznych (art. 1 ust. 2 i 3).

Art. 32.

(1) Osoby, wyszczególnione w art. 30, które poza wymienionymi tamże uprawnieniami mogą nadto wykazać się w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy dowodem złożenia egzaminu, przewidzianego w art. 17 i 20 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10-go czerwca 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej (Dz. U. R. P. Nr. 32 z 1934 r. poz. 32) względnie, że od obowiązku składania tego egzaminu zgodnie z wymogami art. 15 tegoż rozporządzenia zostały zwolnione, mają prawo używać tytułu „uprawniony technik-dentystyczny“.

(2) Uprawnieni technicy-dentystyczni mogą, poza uprawnieniami, przewidzianymi w art. 31 wykonywać nadto samodzielnie na poszczególnych zębach względnie uzębieniu zabiegi techniczno-dentystyczne (art. 1 pkt. 2), nie wolno im natomiast wykonywać jakichkolwiek zabiegów lekarsko-stomatologicznych (dentystycznych) (art. 1 pkt. 1).

Art. 33.

(1) Uprawnieni technicy-dentystyczni i technicy-dentystyczni winni są dokonywać zabiegów techniczno-dentystycznych i czynności techniczno-dentystycznych w granicach przyznaych im uprawnień (art. 31 i 32) osobiście.

(2) Uprawnionym technikom-dentystycznym i technikom-dentystycznym wolno zatrudniać w swych pracowniach pomocniczy personel pracowniczy wyłącznie dla celów mechanicznego wykonywania protez zębowych. Wykonywania przez personel pomocniczy zabiegów względnie czynności, do których uprawnieni są uprawnieni technicy-dentystyczni względnie technicy-dentystyczni (art. 31 i 32) jest wzbronione.

Art. 34.

Uprawnieni technicy-dentystyczni (art. 32) i technicy dentystyczni (art. 31) oraz osoby, o których mowa w art. 29 niniejszej ustawy, mogą posiadać pracownie techniczno-dentystyczne; pracownie te podlegają kontroli organów inspekcji wojewódzkiej w dziale zdrowia publicznego, z którymi współdziała izba lekarsko-dentystyczna.

Art. 35.

(1) Uprawnionym technikom-dentystycznym, technikom - dentystycznym oraz osobom wyszczególnionym w art. 29 niniejszej ustawy (pomocniczy personel laboratoryjny) w prowadzonych przez siebie pracowniach względnie pomieszczeniach, mających bezpośrednie połączenie z pracownią nie wolno posiadać jakichkolwiek narzędzi, przyrządów i leków, które służą do wykonywania zabiegów lekarsko-stomatologicznych (dentystycznych) (art. 1 ust. 2).

(2) Uprawnionym technikom-dentystycznym wolno jest posiadać w swych pracowniach tylko te narzędzia i przybory, materiały i środki antyseptyczne, które służą do wykonywania zabiegów techniczno-dentystycznych (art. 1 ust. 3).

(3) Technikom-dentystycznym wolno jest posiadać w swych pracowniach tylko te narzędzia, przybory, materiały i środki antyseptyczne, które służą do samodzielnego wykonywania czynności techniczno-dentystycznych w granicach im przyznanych uprawnień (art. 31).

(4) Osobom nieuprawnionym do samodzielnego wykonywania czynności techniczno-dentystycznych (art. 29) w prowadzonych przez siebie pracowniach wolno posiadać tylko te narzędzia i przybory, które służą do laboratoryjnego sporządzania protez zębowych.

(5) Szczegółowe przepisy o sposobie prowadzenia i zaopatrzenia pracowni techniczno-dentystycznych (ust. (1) ustali przy współudziale izby lekarsko-dentystycznej w drodze rozporządzeń Minister Opieki Społecznej.

Art. 36.

Przepisy art. 23 mają analogiczne zastosowanie do uprawnionych techników-dentystycznych, techników-dentystycznych oraz do osób nieuprawnionych do samodzielnego wykonywania czynności techniczno-dentystycznych (art. 29).

Art. 37.

Uprawnieni technicy-dentystyczni i technicy-dentystyczni (art. 31 i 32) mogą ogłaszać się w sposób przepisany pod względem formy i treści rozporządzeniem Ministra Opieki Społecznej.

Art. 38.

Nadzór i kontrola nad wykonywaniem czynności uprawnionych techników-dentystycznych należy do organów inspekcji wojewódzkiej w dziale zdrowia publicznego, z którymi współdziała izba lekarsko-dentystyczna.

III. Postanowienia karne.

Art. 39.

(1) Winni wykonywania praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej) wbrew przepisom art. 3 ust. (2), art. 4, 5, 6 i 13 ust. 1, oraz winni przekroczenia przepisów art. 15, 19 i art. 23 tudzież rozporządzeń, wydanych na podstawie art. 23 ulegną karze aresztu do trzech miesięcy i grzywny trzech tysięcy złotych lub jednej z tych kar, o ile za czyn ten nie grozi kara surowsza.

(2) Winni wykonywania zabiegów techniczno-dentystycznych lub czynności techniczno-dentystycznych wbrew przepisom art. 29, 30, 31 32 i 33 ulegną karze aresztu do sześciu tygodni i grzywny do tysiąca pięciuset złotych lub jednej z tych kar, o ile za czyn ten nie grozi kara surowsza.

(3) Winni przekroczenia przepisów innych artykułów niniejszej ustawy ulegną karze grzywny do tysiąca złotych, o ile za czyn ten nie grozi kara surowsza.

(4) Narzędzia, materiały, środki lecznicze i t. p. będące w posiadaniu osób, pociągniętych do odpowiedzialności karnej na zasadzie przepisów niniejszej ustawy ulegną zniszczeniu lub konfiskacie na rzecz szpitali lub instytucji publicznych.

(5) W razie niemożności ściągnięcia grzywny władza orzekająca oznacza karę aresztu zastępczego, jednak nie wyżej ponad cztery tygodnie.

(6) Do orzekania powołane są powiatowe władze administracji ogólnej.

IV. Postanowienia ogólne.

Art. 40.

Uprawnienia wynikające z art. 9 ust. 4 i art. 14 Minister Opieki Społecznej może przekazać izbom lekarsko-dentystycznym. Ponadto Minister Opieki Społecznej może przekazać izbom lekarsko-dentystycznym regulowanie sprawy ogłoszeń publicznych i komunikatów, dotyczących wykonywania praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej) i czynności techniczno-dentystycznych.

Art. 41.

(1) Przepisy niniejszej ustawy nie naruszają w niczym przepisów

normujących wykonywanie praktyki lekarskiej i czynności felczerskich.

(2) Przepisy niniejszej ustawy nie naruszają specjalnych uprawnień, przewidzianych w umowach międzynarodowych w warunkach i granicach w umowach tych przewidzianych.

Art. 42.

(1) W miejsce przepisów rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej (Dz. U. R. P. Nr. 4 z 1934 r. poz. 32), jeżeli na nie powołują się obowiązujące przepisy innych ustaw, wchodzą odpowiednie przepisy niniejszej ustawy.

(2) Przepisy, dotyczące spraw, przekazanych w nieniejszej ustawie do unormowania w drodze rozporządzeń wykonawczych, mają nadal moc obowiązującą do czasu wydania tych rozporządzeń.

Art. 43.

Wykonanie niniejszej ustawy powierza się Ministrowi Opieki Społecznej w porozumieniu z właściwymi ministrami.

Art. 44.

(1) Ustawa niniejsza obowiązuje na całym obszarze Rzeczypospolitej i wchodzi w życie piętnastego dnia po ogłoszeniu.

(2) Z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy tracą moc obowiązującą wszystkie przepisy w sprawach, unormowanych niniejszą ustawą w szczególności rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej (Dz. U. R. P. Nr. 4 z 1934 r. poz. 32).

———o———

UZASADNIENIE SZCZEGÓŁOWE

projektu ustawy o wykonywaniu praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej) w nawiązaniu do dotychczasowego brzmienia rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 10.VI. 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej (Dz. U. R. P. z r. 1934 Nr. 4 poz. 32).

Odnośnie tytułu projektu ustawy. Zamiast dotychczasowego brzmienia „Rozp. Prezydenta Rzeczypospolitej o wykanywaniu praktyki dentystycznej“, projekt wprowadza tytuł: **„Ustawa o wykonywawaniu praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej) i czynności techniczno-dentystycznych.**

Użycie w tytule obowiązującego dotąd rozporządzenia wyrazu „praktyka dentystyczna“ nie jest odpowiednikiem treści tegoż rozpo-

rządzenia z przyczyn następujących. Rozporządzenie to reguluje przede wszystkim wykonywanie praktyki przez osoby uprawnione z mocy przep. art. 1 i 2, a więc przez lekarzy absolwentów Wydziałów Lekarskich uniwersyteckich, lekarzy dentystów wzgl. lekarzy stomatologów; we wszystkich zatem wypadkach praktyka ta jest wykonywana przez osoby, posiadające tytuł lekarza, a zatym nie można dopatrzyć się istotnych powodów, dla których w tymże rozporządzeniu pominięto należny przymiotnik „lekarski". Gdy dla porównania weźmiemy rozporządzenie Prezydenta R. P. z dnia 25.IX. 1932 „O wykonywaniu praktyki lekarskiej — widzimy, że nosi ono tytuł właściwy i nie dzieli się według nazw poszczególnych specjalności, a przecież stomatologia (dentystyka) jest niczym innym jak jednym z działów wiedzy lekarskiej.

Wprowadzenie jako równorzędnego przymiotnika „stomatologiczny", znajduje swoje uzasadnienie w tym, że ten przymiotnik odpowiada bardziej charakterowi i treści zabiegów lekarskich, przeprowadzanych przez lekarzy dentystów czy stomatologów, aniżeli przymiotnik „dentystyczny". W pojęciu bowiem „stomatologiczny" łączącym w sobie dwa rzeczowniki greckie, znajduje się w ujęciu szerszym określenie dla nauki o chorobach jamy ustnej, a więc nie tylko zębów podczas, gdy przymiotnik „dentystyczny" pochodzący z łacińskiego (dens - tis=ząb) daje pojęcie bardziej zcieśnione i odnoszące się jak gdyby do samych zębów, respective do ich chorób. Skoro zaś do kompetencji lekarzy dentystów (stomatologów) należy nie tylko leczenie chorób samych zębów, ale i schorzeń jamy ustnej genetycznie z nimi związanych i to w najrozmaitszych występujących postaciach, dalej leczenie nieprawidłowości zębowych i szczęk i wreszcie i chorób w obrębie jamy ustnej jako samodzielnych jednostek chorobowych, lub przebiegających na tle procesów swoistych — to użycie przymiotnika „stomatologiczny", jest nie tylko bardziej właściwe, ale przede wszystkim konieczne i w pełni uzasadnione, jako pokrywające się całkowicie z treścią wykonywanej praktyki.

Pozatym należy jako dalsze uzasadnienie konieczności użycia również i tego przymiotnika podnieść i to, że dawny Państwowy Instytut Dentystyczny przemianowany został na Akademię Stomatologiczną a nie dentystyczną oraz, że katedry tej specjalności przy wydziałach lekarskich noszą miano katedr stomatologicznych, a nie dentystycznych.

Wreszcie wprowadzenie przymiotnika „stomatologiczny" już w samym tytule ustawy — zacieśni w sposób jasny usprawnienia, przyznane t. zw. „uprawnionym technikom dentystycznym", które, zawdzięczając stylizacji art. 17 rozporządzenia, niczym parwie nie różnią się od uprawnień, zastrzeżonym ustawowo lekarzom dentystom, a co więcej, stoją z nimi w jaskrawej sprzeczności, jak to później przy omawianiu brzmienia tegoż art. 17 okaże się.

W związku z tymi zasadami również i tytuł działu I-go ustawy winien zamiast dotychczasowego „praktyka lekarsko-dentystyczna",

otrzymać tytuł **„praktyka lekarsko-stomatologiczna“** (dentystyczna); **wreszcie i dotychczasowe brzmienie określenia „lekarsko-dentystyczny“** winno być zastąpione w treści całej ustawy brzmieniem „lekarsko-stomatologiczny (dentystyczny)“.

Do art. 1. Sprecyzowanie co należy rozumieć przez zabiegi lekarsko - stomatologiczne, zabiegi techniczno - dentystyczne, a czynności techniczno-dentystyczne — jest wypełnieniem luki, jaką ma w tej chwili jeszcze Rozp. Prez. Rzeczyp. o wykonywaniu praktyki dentystycznej, które nie wykazuje w sposób jasny, gdzie kończą się uprawnienia t. zw. „uprawnionych techników dentystycznych“ (art. 17), a zaczynają się uprawnienia lekarsko-stomatologiczne (dentystyczne). Ta luka stała się przyczyną, że nie tylko zatarła się (w praktyce) różnica między lekarzem dentystą a t. zw. „uprawnionym technikiem dentystycznym“, ale nadto spowodowała uprawianie przez t. zw. „techników dentytycznych“ (art. 16) lub osoby, którym nawet i ten tytuł przejściowy nie przysługuje (art. 13) — **nielegalnej praktyki w bardzo szerokim zakresie we wszystkich wypadkach ze szkodą dla zdrowia publicznego.** Czynniki, które z mocy przepisów ustawowych są powołane do nadzoru i kontroli nad wykonywaniem praktyki lekarsko-dentystycznej i praktyki techników wzgl. uprawnionych techników dentystycznych, miały właśnie z powodu braku ścisłego rozgraniczenia ustawowego uprawnień tych osób ogromnie utrudnione zadanie w pełnieniu tego nadzoru i kontroli. Temu zespołowi warunków zawdzięczać należy, iż leczeniem i usuwaniem zębów, sporządzaniem i zakładaniem protez zajmuje się w Polsce bezkarnie każdy, kto ma tylko po temu chęć; postanowienia karne, zawarte w przepisach art. 13, 16, 17, 25, i 27 pozostały w tych warunkach tylko martwą literą.

Tam, gdzie idzie o zdrowie publiczne, przepisy ustawowe muszą być szczególnie jasne i nie dopuszczać żadnych wątpliwości lub możliwości ich obchodzenia przez osobników, którzy nie są powołani do pieczy nad zdrowiem publicznym. Dzisiejszy, zabagniony stan w tej dziedzinie nie prędko i nie łatwo zostanie usunięty — stworzył go bowiem zbyt długi okres czasu; likwidacja tego stanu postępować będzie musiała z konieczności etapami, ale możliwa będzie jedynie wówczas, gdy etap wyjściowy będzie miał oparcie w takich przepisach ustawowych, które oddzielą wyraźnie tych, którzy uprawnieni są do przeprowadzenia leczenia od tych, którzy tego prawa nie posiadają i posiadać nie mogą, natomiast przyzwyczaili się bezkarnie to prawo łamać.

Do art. 2 ust. 1. Uzupełnienie dotychczasowych przepisów w sprawie wykonywania nadzoru i kontroli nad wykonywaniem praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej) przez współdziałanie izb lekarsko-dentystycznych, pokrywa się z zakresem działania tychże izb, ustalonym przepisami art. 4 pkt. 1 ustawy o izbach lekarsko-dentystycznych.

Do art. 3 ust. 1. Podział prawa wykonywania praktyki na stałe i czasowe odpowiada zarówno istocie tego podziału, istniejącego już w rozporządzeniu Prezydenta R. P. o wykonywaniu praktyki dentystycznej (art. 1, 2, 3 i 5) jak i w obecnym projekcie ustawy (art. 4, 5, 6 i 8).

Do art. 3 ust. 2. Niedopuszczenie do wykonywania praktyki osób ubezwłasnowolnionych z powodu choroby psychicznej lub osób pozbawionych sądownie praw publicznych i obywatelskich — jest wypełnieniem luki w dotychczas obowiązującym rozporządzeniu i nie wymaga siłą rzeczy bliższego uzasadnienia. Wprowadzenie tego przepisu jest analogiczne do postanowień art. 2 ust. 2 pkt. a) i b) rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki lekarskiej.

Do art. 4 ust. 1. pkt. 2a. W dotychczasowych przepisach (pkt. 3 ust. art. 1 oraz ust. 3 tegoż artykułu) ciąży na lekarzach dentystach b. P. I. D. względnie obecnej Akademii Stomatologicznej ten sam obowiązek odbycia praktyki jednorocznej co i na lekarzach z dyplomami lekarskimi polskich uniwersytetów państwowych. To wymaganie jest słuszne przede wszystkim w stosunku do lekarzy, gdyż ci podczas swych studiów zarówno teoretycznie jak i praktycznie nie otrzymują dostatecznego wykształcenia z przedmiotów specjalnych, a więc z dentystyki zachowawczej, techniki i protetyki dentystycznej oraz z ortodoncji i z chirurgii stomatologicznej — natomiast otrzymują tylko wykształcenie podstawowe, zawarte w 50 godzinach wykładów teoretycznych ogólnych łącznie z pokazami klinicznymi w przeciwieństwie do lekarzy dentystów absolwentów b. P. I. D. wzgl. Akademii, których studium w odniesieniu do tych przedmiotów zamyka się ogólną cyfrą 4.440 godzin, przyczym co najważniejsze, że ci ostatni już w czasie studiów odbywają dwuletnią praktykę kliniczną na pacjentach (4 i 5 rok studiów) w odniesieniu do wszystkich czterech przedmiotów wiedzy specjalnej (dentystyka zachowawcza, protetyka dentystyczna, chirurgia stomatologiczna i ortodoncja i wykazać się muszą pełnym osiągnięciem w planie nauk oznaczonej ilości zabiegów lekarskich — nie mówiąc już o tym, że praktykę tę poprzedzają ćwiczenia fantomowe w czasie pierwszych dwóch lat studiów i egzamin praktyczny, którego wynik dodatni jest niezbędnym warunkiem do rozpoczęcia dalszych studiów i praktyki klinicznej.

W tych warunkach oczywistym jest, że absolwenci b. P. I. D. względnie Akademii Stomatologicznej osiągają pełne uzdolnienie praktyczne do wykonywania swego zawodu już podczas studiów i stawianie im wymogu odbywania praktyki jednorocznej, jako jednego z warunków uprawniających do wykonywania praktyki lekarskiej — jest zupełnie zbędne w przeciwieństwie do lekarzy medycyny, którzy z powodów wyżej wyłuszczonych takiego uzdolnienia nie posiadają i praktykę tę odbyć powinni.

Do art. 4 ust. 1 pkt. 2b). Pominięcie w dotychczasowych przepisach dyplomów b. P. I. D. jako uprawniających do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej — wobec wyraźnego brzmienia przepisów art. 30 rozporządzenia, anulujących wszystkie poprzednie przepisy, normujące wykonywanie praktyki lekarsko-dentystycznej—jest niedopatrzeniem ustawodawcy, które z punktu widzenia prawnego nie dopuszcza do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej osoby, posiadające dyplom lekarsko-dentystyczny, wydany przez b. P. I. D. Obwieszczenie Ministra Opieki Społecznej wprowadzające jednolity tekst Rozp. Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10.VI. 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej — winno było przy jego redakcji uwzględnić również i dyplomy b. P. I. D., tak jak uwzględniło z przepisów poprzednio obowiązujących wszystkie inne uprawnienia do wykonywania praktyki lek.-dentyst., wyszczególnione w przepisach art. 2 obecnie obowiązującego Rozporządzenia.

Do art. 6 ust. 2. Przepis tego artykułu projektu, wprowadzając opiniowanie wstępne próśb o zezwolenie na czasowe wykonywanie praktyki lekarsko-stomatologicznej przez izby lekarsko-dentystyczne, za wyjątkiem przypadku, przewidzianego w ust. 1 pkt. a) tegoż artykułu — jest dostosowaniem projektu ustawy do przepisów, zawartych w art. 4 pkt. 3 ustawy o izbach lekarsko-dentystycznych.

Do art. 7. Dotychczasowe przepisy zawarte w art. 4 przyznawały generalnie wszystkim osobom uprawnionym do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej tytuł „lekarza-dentysty". Tego rodzaju ujęcie było już w chwili ich wydawania niekoniecznie szczęśliwe w szczególności dlatego, że tym tytułem obdarzało osoby, posiadające dyplom lekarski uniwersytecki, zatym albo tytuł „lekarza", albo nawet tytuł dra medycyny i pod tym względem niema najmniejszych chociażby wątpliwości, bowiem postanowienia art. 4 nawiązują wyraźnie do osób, uprawnionych do wykonywania praktyki lek.-dent. w myśl art. 1, a w tymże artykule wyszczególnione są właśnie osoby jak głosi pkt. 2a) „które posiadają dyplom lekarski wydany lub uznany przez jeden z polskich uniwersytetów państwowych".

Nadanie prawa używania tytułu lekarza dentysty dla osób, którym w drodze wyjątku zezwolono na wykonywanie praktyki lek.-dentyst. (art. 2 oraz art. 3 pkt. a i b) było koniecznością i wiązało się z potwierdzeniem praw nabytych w byłych państwach zaborczych w myśl konwencji międzynarodowej; natomiast już nadawanie prawa używania tego tytułu osobom, posiadającym dyplom b. P. I. D. było zbędne, gdyż prawo do posługiwania się tym tytułem przysługiwało im z mocy i treści posiadanego dyplomu, wydanego przez polską wyższą uczelnię państwową.

Stylizacja dotychczasowa przepisów art. 4 rozporządzenia jest niefortunna o tyle, że wchodzi w treści swej w kompetencje, zastrzeżone ustawą komu innemu; mianowicie uprawnienia do nadawania stopni naukowych wyższych i niższych, a tych ostatnich również i jako sto-

pni zawodowych (a zatem tytułów naukowych i zawodowych) z mocy przepisów art. 41 ustawy o szkołach akademickich (Dz. U. R. P. Nr. 29/1933 poz. 247) zastrzeżone są Radom Wydziałowym Szkół Akademickich, a w szkołach jednowydziałowych (np. Akademia Stoamtologiczna) zgodnie z postanowieniami art. 20 tejże ustawy Ogólnemu Zebraniu Profesorów.

Prawo do używania tytułu przysługuje już z mocy posiadanego dyplomu — oczywiście wydanego przez polskie uczelnie państwowe, lub przez te uczelnie w granicach obowiązujących przepisów za ważny uznanego — i nie może być normowane innym przepisem — wprowadza to bowiem chaos.

że przepis, odnoszący się do używania tytułu przez osoby, uprawnione do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej winien być elastyczny potwierdza samo życie; dowodem tego jest, że w chwili obecnej, absolwenci b. P. I. D. i A. S. mają prawo ubiegać się o stopień (a zatem tytuł) doktora medycyny dentystycznej.

Wprowadzenie natomiast przepisu ust. 3 niniejszego artykułu, zabraniającego posługiwania się tytułem nieuznanym w Państwie Polskim jest wystarczające dla ewentualnych w tej mierze wykroczeń.

Do art. 9 ust. 1, 2, 3. Treść tych przepisów dostosowana jest zarówno do ustawy o izbach lekarsko-dentystycznych (art. 8 ust. 2), jak i rozporządzenia Prezydenta R. P. o wykonywaniu praktyki lekarskiej, oraz ustawowo potwierdza przepisy porządkowe o rejestracji.

Do art. 9 ust. 4. W odróżnieniu od dotychczasowych przepisów (art. 7 ust. 3) — projekt dopuszcza możliwości stałego wykonywania praktyki lekarsko-stomatologicznej w dwóch miejscowościach. Wprowadzenie tej możliwości, uzależnionej, zresztą od zgody izby lekarsko-dentystycznej ma na celu dbałość o zdrowie publiczne przez utworzenie placówek lekarsko-dentystycznych w miejscowościach tych placówek nieposiadających (osady, wsie) i zorganizowanie racjonalnej pomocy lekarsko-dentystycznej jak najszerszym warstwom ludności, a przez to walkę z rozprzestrzenionym partactwem, uprawianym przez osoby nieuprawnione do wykonywania praktyki lekarsko- stomatologicznej (dentystycznej). — Uzależnienie wykonywania praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej) w dwóch miejscowościach od zgody izby lekarsko-dentystycznej, ma na celu uniemożliwienie niezdrowej konkurencji między lekarzami - dentystami i dopuszczanie do wykonywania pratkyki tylko w takich miejscowościach, gdzie niema zupełnie lekarza-dentysty.

Do art. 9 ust. 5. Przepisy, zawarte w pkt. a) i b) tegoż artykułu nie wymagają bliższego uzasadnienia, są zrozumiałym i koniecznym dopełnieniem dotychczasowych postanowień i analogicznymi do przepisów art. 6 ust. 6. rozporządzenia Prezydenta R. P. o wykonywaniu praktyki lekarskiej.

Do art. 10 ust. 3. W przeciwieństwie do warunku dotychczasowego (art. 8 ust. 4) — przepis projektu wprowadza konieczność posiadania pięcioletniej praktyki prywatnej i samodzielnej przez lekarza-dentystę, który chciałby być kierownikiem przychodni lekarsko-dentystycznej względnie trzy-letniej, odbytej na klinikach. To zróżnicowanie i podniesienie liczby lat praktyki prywatnej jest uzasadnione z uwagi na konieczność zetknięcia się z możliwie najróżnorodniejszymi przypadkami we wszystkich czterech działach wiedzy lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej).

Do art. 13. Przepisy tego artykułu są koniecznym rozszerzeniem dotychczasowych postanowień w tym względzie (art. 7 ust. 1) i obciążeniem współodpowiedzialnością za wykonywanie nielegalnej praktyki zarówno lekarza dentystę jak i osób do tej praktyki nieuprawnionych.

Do art. 14. Wprowadzenie tego nowego przepisu ma na celu strzeżenie godności zawodu lekarsko-dentystycznego.

Do art. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 i 22. Przepisy, zawarte w tych artykułach projektu nie wymagają bliższego uzasadnienia — normują one należyte wypełnianie obowiązków lekarza dentysty i ustalają jego prawa w poszczególnych wypadkach przy wykonywaniu praktyki lekarsko-stomatologicznej; wreszcie są odpowiednikiem analogicznych przepisów, zawartych w art. 12, 15, 18, 20, 21, 22 i 23 rozporządzenia Prezydenta R. P. o wykonywaniu praktyki lekarskiej.

Do art. 23. Przepis tego artykułu jest koniecznym wypełnieniem luki, jaką posiada rozporządzenie Prezydenta R. P. o wykonywaniu praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej). Fakt posługiwania się przez uprawnionych techników dentystycznych, techników dentystycznych, a co niestety smutniejsze i przez niektórych lekarzy dentystów przy sporządzaniu protez zębowych metalami nieszlachetnymi, wywiązującymi w jamie ustnej szkodliwe działanie dla zdrowia, wymaga wprowadzenia wyraźnego, ustawowego zakazu w tym względzie i sankcji karnych (art. 39).

Brak wyraźnego przepisu ustawowego doprowadził do tego, iż w sprzedaży składów dentystycznych znajduje się cały szereg metali i stopów wysoce szkodliwych dla zdrowia, nabywanych i używanych chętnie do sporządzania protez przez osobników, dla których pieniądz stanowi większą wartość aniżeli zdrowie społeczeństwa. Pociągnięcie tych nieuczciwych osobników do odpowiedzialności karnej było i jest prawie że niemożliwe z braku wyraźnego zakazu ustawowego. Posługiwanie się dla celów ukarania przepisami rozporządzenia Prezydenta R. P. z dnia 22.III. 1928 r. o dozorze nad artykułami żywności i przedmiotami użytku (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 342) miałoby raczej charakter subsydialny niż podstawowy i prowadziłoby do długotrwałego postępowania karnego. Forma zakazu ustawowego i oddzielne rozpo-

rządzenie wykonawcze Ministra Opieki Społecznej będzie najbardziej skutecznym środkiem walki z działaniem na szkodę zdrowia publicznego.

Do art. 26 i 27. Przepisy tych artykułów są koniecznym uzupełnieniem przepisów dotychczasowych i określają przypadki, w których lekarz dentysta traci prawo do wykonywania praktyki z mocy samego prawa, oraz w których tego prawa może być pozbawiony na stałe lub czasowo; odpowiednik tych przepisów znajdujemy w art. 13 i 14 rozporządzenia Prezydenta R. P. o wykonywaniu praktyki lekarskiej oraz w ustawie o izbach lekarsko-dentystycznych (art. 21 ust. 4 i 5).

Do art. 28 i 29. Jakkolwiek nawet dotychczasowe brzmienie przepisów art. 13 Rozp. Prezydenta R. P. o wykonywaniu praktyki dentystycznej ustanawia zasadę generalną w formie zakazu samodzielnego wykonywania czynności techniczno-dentystycznych przez osoby nieuprawnione do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej — to jednak ustawowe określenie, co należy rozumieć przez czynności techniczno-dentystyczne jest konieczne z tego względu, że w postanowieniach dalszych artykułów, a w szczególności art. 16 i 17 wspomnianego rozporządzenia wyszczególnione są wyjątki od tej zasady w odniesieniu do t. zw. „techników dentystycznych" i „uprawnionych techników dentystycznych". Stylizacja wspomnianych artykułów jest na tyle niefortunna, że nie tylko nie ustala w sposób wyraźny, gdzie i na czym kończą się uprawnienia wyjątkowe t. zw. techników i uprawnionych techników dentystycznych — ale nadto w praktyce doprowadziła do tego, iż zatarła się zupełnie granica między lekarzem dentystą a t. zw. „uprawnionym technikiem dentystycznym", a w dużej mierze i „technikiem dentystycznym". że wyraźny zakaz samodzielnego wykonywania czynności techniczno-dentystycznych przez osoby nieuprawnione do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej jest nagminnie podważany, że samozwańczych techników dentystycznych istnieje w Polsce cała plejada, wykonująca nie tylko partactwo techniczno-dentystyczne, ale i leczenie uzębienia łącznie z przeprowadzaniem nawet ekstrakcyj — to ta potęgująca się niemal z godziny na godzinę samowola ma swoje źródło nie tyle w braku odnośnych przepisów ustawowych, bo te przecież nawet i przy obecnym brzmieniu Rozp. Prezydenta R. P. o wykonywaniu praktyki dentystycznej są w tej mierze wystarczające — ile niestety w zadziwiającym zjawisku pobłażania tych wykroczeń lub nie dość należytej kontroli czynników ku temu powołanych.

Może źródła tej pobłażliwości należy szukać w niedostatecznym zrozumieniu przez organa wykonawcze wagi i skutków wykonywania nielegalnej praktyki przez nieuprawnionych dla zdrowia publicznego— może w niedostatecznym uświadomieniu społeczeństwa — w każdym wypadku nic nie usprawieliwia faktu, iż ma miejsce przeciwny temu aktowi prawnemu stan w tej dziedzinie.

Być może, że źródła tej panoszącej się samowoli zarówno ze stro-

ny uzurpatorów „techniczno-dentystycznych" jak i ze strony t. zw. techników względnie uprawnionych techników dentystycznych (art. 16 i 17) należy doszukiwać się w zbyt łagodnych przepisach karnych, zawartych w art. 27 Rozporządzenia Prezydenta R. P. o wykonywaniu praktyki dentystycznej, wprowadzających tylko grzywnę do 500 zł i areszt do 6 tygodni — w przeciwieństwie np. do sankcji karnych, ustanowionych dla osób wykonujących nielegalną praktykę lekarską (art. 25 Rozporządzenia Prezydenta R. P. o wykonywaniu praktyki lekarskiej) i wprowadzających karę aresztu do trzech miesięcy i grzywnę do trzech tysięcy złotych względnie nadto i karę zastępczą za grzywnę do czterech tygodni aresztu.

Jeśli idzie o przepis art. 13 rozporządzenia Prezydenta R. P. o wykonywaniu praktyki dentystycznej — mimo, iż jest on wyjątkowo nie budzący wątpliwości — Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w zarządzeniu swoim, wystosowanym do Wojewodów z dnia 20.VI. 1927 Nr. Z. O. 2959/27 podało nadto wyjaśnienie i interpretację treści następującej: „W sprawie wykonywania czynności techniczno-dentystycznych obowiązuje art. 13 Rozporządzenia. **Rozporządzenie znosi pojęcie samodzielnego technika dentystycznego,** stanowiąc, że wykonywanie czynności techniczno-dentystycznych dozwolone jest wyłącznie pod kierunkiem i na zamówienie lekarza dentysty bez prawa bezpośredniego stykania się z pacjentem, używania jakichkolwiek tytułów, reklamowania i ogłaszania się, za wyjątkiem prasy fachowej, umieszczania szyldów, tablic i t. p. Wykonywaniem czynności techniczno-dentystycznych w myśl intencji rozporządzenia winni się zajmować lekarze dentyści, a roboty pomocnicze mogą powierzać jedynie swemu personelowi, jednakże bez prawa bezpośredniego zetknięcia się ich z pacjentem. Wyłom od tej zasady zawierają postanowienia przejściowe, zawarte w artykułach od 14—24, mają one jednakże zastosowanie na obszarze b. zaboru austriackiego i pruskiego".

Tak więc przede wszystkim wyraźny przepis ustawowy zawarty w wspomnianym art. 13 nie budzący — jak to rzadko kiedy w aktach ustawodawczych się zdarza — najmniejszych choćby wątpliwości co do intencji ustawodawcy, **który raz na zawsze znosi pojęcie samodzielnego technika dentystycznego,** jak i miarodajne wyjaśnienia i interpretacja tego przepisu, ujawniona w odnośnym zarządzeniu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych — powinny były w następstwie w ciągu dziesięciu lat trwania od chwili ich wydania, sprowadzić w tej dziedzinie stan, któremu nie możnaby nic zarzucić w każdym razie przynajmniej stan bardziej poprawny w porównaniu z tym, jaki istniał w okresie, którego anomalie o podkładzie panoszącej się samowoli zniewoliły ustawodawcę do ujawnienia w tym kierunku swej nie tylko intencji, ale zupełnie wyraźnej woli.

Tymczasem stało się inaczej i śmiało można wysunąć twierdzenie, że w tej dziedzinie nie tylko że nic się na korzyść nie zmieniło, lecz wprost przeciwnie, każdy niemal dzień dostarcza dowodów, iż wydany przepis ustawowy istnieje jak gdyby po to, aby nie tylko go obcho-

dzić, ale w sposób jawny i bezkarny z niego się naigrawać. Z jednej strony mamy więc do czynienia ze złą wolą całej plejady pseudo-dentystów w zakresie już nie tylko protetycznego uzupełnienia braków uzębienia, lecz nawet leczenia uzębienia w sposób bezkrwawy lub nawet krwawy — z drugiej z brakiem należytej kontroli.

W tym wyżej scharakteryzowanym stanie rzeczy — nowelizacja przepisów art. 13 w formie w projekcie naprowadzonej, jest w pełni uzasadniona i staje się koniecznością oczywiście w tym wypadku, jeśli dotychczasowy tak wysoce szkodliwy dla zdrowia publicznego stan w tej dziedzinie ma uledz z miejsca pełnej likwidacji, a w każdym razie przynajmniej wybitnej poprawie, bez której głoszone powszechnie hasło troski o stan zdrowotny narastającego pokolenia, nie może dać pożądanych dodatnich wyników.

Do art. 30. Przepis tego artykułu stanowi wobec nabycia praw przez osoby w nim wyszczególnione, konieczny wyjątek od zasady generalnej, ustanowionej w art. 13 rozporządzenia Prezydenta R. P. o wykonywaniu praktyki dentystycznej i w art. 29 ust. 2 projektu ustawy. Wiąże on się ściśle i pokrywa z postanowieniami art. 14 i 15 wspomnianego rozporządzenia Prezydenta R. P.; ponieważ jednak zawarte w tych artykułach terminy prekluzyjne, odnoszące się zarówno do ustawowego obowiązku rejestracji jak i uzyskania potwierdzenia praw nabytych minęły ostatecznie z dniem 31.XII 1927 r. względnie 1933 r. przeto treść niniejszego artykułu projektu ustawy ogranicza się do określenia stanu obecnego i ostatecznego w tej sprawie.

Do art. 31. Przepis tego artykułu jest nawiązaniem do art. 16 rozporządzenia Prezydenta R. P. o wykonywaniu praktyki dentystycznej, którego końcowe brzmienie, a mianowicie „jednak bez prawa wykonywania jakichkolwiek zabiegów lekarsko-dentystycznych“ jest o tyle niejasne, że żaden przepis tegoż rozporządzenia nie wyszczególnia w sposób wyraźny, co należy rozumieć przez zabiegi lekarsko-dentystyczne.

Jeżeliby ktoś chciał twierdzić, że kwestię tę w dostatecznej mierze rozstrzygał przepis ustępu 1 art. 1 obecnego rozporządzenia o wykonywaniu praktyki dentystycznej, który głosi, że „praktykę lekarsko-dentystyczną, polegającą na wykonywaniu wszelkich zabiegów lekarsko-dentystycznych“—to raczej należałoby dojść do wniosku, że stylizacja ta jest zbyt ogólnikowa i mogłaby wystarczyć tylko dla takich osób, któreby rozumowały kategoriami bezwzględnego posłuszeństwa wobec litery prawa i do niego się stosowały — natomiast nie może bezwzględnie wystarczyć dla osób, które jak to życie daje codziennie dowody, nie tylko podświadomie, ale z całą świadomością istniejące prawo podważają. Jeżeli wziąć pod uwagę zabagniony w tej dziedzinie stan obecny, gdy praktyką dentystyczną jakby na ironię istniejącego w tej dziedzinie ustawodawstwa, zajmuje się nawet z pominięciem osób, którym Rozporządzenie Prezydenta R. P. przyznało tytuł techników względnie uprawnionych techników dentystycznych, każdy, kto ma po temu chęć i odpowiedni zastrzyk specyficznej etyki

w rozwiązywaniu zagadnienia swego bytu — to jasnym jest, że przepis ustawowy, który w praktyce zahacza o uprawnienia, zastrzeżone wyłącznie lekarzom, musi być jasny i niedopuszczający żadnych subtelności.

Dla takich to ludzi musi istnieć przepis wyraźny, osadzający ich na właściwym miejscu, przepis pozwalający nadto w sposób łatwy organom wykonawczym władzy nadzorczej i kontrolującej ustalić, czy zakres uprawnień jest przez nich przestrzegany czy też przekraczany.

To byłyby względy natury ogólnej. Jeśli idzie o podstawowe, a zatym fachowe ujęcie tego problemu — to i tu niema żadnej wątpliwości co do tego, że uprawnienia t. zw. „techników-dentystycznych" w zrozumieniu przepisów art. 16 wspomnianego rozporządzenia, nie mogą wkraczać w uprawnienia lekarzy-dentystów czy stomatologów, **że musi być poprowadzona wyraźna linia demarkacyjna** między uprawnieniami lekarzy a uprawnieniami techników. Zasadnicze znaczenie dla ustalenia kompetencji techników dentystycznych ma wyraźna, nie budząca żadnych wątpliwości intencja ustawodawcy, ujawniona zarówno w tytule Rozdziału II rozporządzenia p. n. „O wykonywaniu czynności techniczno-dentystycznych" jak i w treści art. 13 tegoż rozporządzenia. Wspomniany tytuł mówi o „czynnościach" techniczno-dentystycznych, a nie o „praktyce" czy też „zabiegach" techniczno-dentystycznych; przepis art. 13 w ustępie pierwszym wprowadza **zasadę generalną t. j. zakaz samodzielnego wykonywania czynności techniczno-dentystycznych** — a tylko przepis ust. 2 wprowadza **postanowienia wyjątkowe i przejściowe** oczywiście w oparciu o uszanowanie przepisów konwencji międzynarodowej w odniesieniu do praw nabytych.

Nie można inaczej w tym stanie rzeczy intepretować uprawnień nadanych t. zw. technikom dentystycznym z art. 16 **jak tylko jako odstępstwo czasowe od zasady generalnej zawartej w ust. 1 art. 13, to znaczy zezwolenia im na samodzielne wykonanie protez zębowych we własnym laboratorium i zetknięcie się bezpośrednio z pacjentem tylko w celu wzięcia wycisku a następnie umocowania protezy w jamie ustnej.** Innymi słowy, przykładowo rzecz biorąc, taki technik dentystyczny może wykonać protezę samodzielnie i osadzić ją w ustach, ale tylko w tym wypadku, **gdy dla jej sporządzenia nie trzeba dokonywać jakichkolwiek zabiegów na uzębieniu lub to uzębienie znajduje się w stanie dojrzałym do sporządzenia protezy na skutek przeprowadzenia na nim uprzednio odpowiednich zabiegów przez lekarza-dentystę.**

że taka zwężająca, a nie roszerzająca interpretacja jest właściwa, świadczyć może miarodajne wyjaśnienie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, zawarte w okólniku, przesłanym Wojewodom na terenie byłego zaboru austriackiego z dnia 26.IV. 1928-go r. NZO 1925/28, które głosi: „Pozwolenia powyższe odnoszą się do wykonywania zawodu jedynie w ramach artykułu 16-go powołanego na wstępie rozporządzenia t. j. **do prac czysto technicznych** bez prawa uskuteczniania **jakichkolwiek zabiegów,** wkraczających w dziedzinę praktyki lekarsko - dentystycznej, do czego **w pe-**

wnym zakresie (art. 17) uprawni ich (t. j.: techników dentystycznych z art. 16-go) złożenie przepisowego egzaminu".

W końcu podnieść należy to, co jest bodaj najważniejsze w tej sprawie, a mianowicie zagadnienie, **jaką była ratio legis, którą ustawodawca musiał uwzględnić,** wprowadzając ten przejściowy i warunkowy przepis art. 16-go w łączności z przepisem art. 14-tym i 15-tym? Otóż tą ratio legis była konieczność uszanowania praw nabytych w byłym zaborze austriackim i pruskim — zatym interpretacja dotychczasowego brzmienia art. 16 powinna uwzględnić odnośne przepisy ustaw obcych, na które zresztą ustawodawca powołuje się w art. 14 i 15. Otóż w odniesieniu do b. zaboru austriackiego ustawodawca powołał się w art. 14 na rozporządzenie austriackiego Ministra Handlu w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych z dnia 20.III. 1892 r. wydane na podstawie **par. 24 ustawy przemysłowej.** Już sam fakt, że wspomniane Rozporządzenie wydane było przez Ministra Handlu w oparciu o ustawę przemysłową, świadczy dowodnie, że już wówczas, **a więc 45 lat temu, gdy jeszcze nie było należytego zrozumienia dla leczenia uzębienia — technicy dentystyczni oddzieleni zostali w sposób wyraźny od lekarzy dentystów, a czynności ich zaliczone do rzemiosła; technik dentystyczny w b. zaborze austriackim jako rzemieślnik nie mógł mieć i nie miał prawa wykonywania jakichkolwiek zabiegów na uzębieniu**; par. 2 wyraźnie zakazywał im usuwania zębów i korzeni, zaś par. 8 zakazywał używania tytułu „dentysta". W tym stanie rzeczy ustawodawstwo polskie, którego celem było potwierdzenie praw nabytych **nie mogło dać technikom dentystycznym z b. zaboru austriackiego praw, których tam nie posiadali** i to było ową ratio legis przy ustanawianiu przez ustawodawcę przepisów art. 16 — zatym i interpretacja nie tylko może, **ale musi iść w kierunku uwzględnienia ówczesnych praw z przepisów austriackich.**

Jeżeli idzie o b. zabór pruski to art. 15 Rozporządzenia Prezydenta R. P. o wykonywaniu praktyki dentystycznej — powołuje się na Rozp. Ministra Spr. Wewn. z dnia 2.XII. 1913 L. dz. 770 wydane do par. 123 niemieckiej państwowej ustawy ubezpieczeniowej z dnia 19.VII 1911. Przepis par. 123 wspomnianej ustawy ubezpieczeniowej brzmiał: **„Przy chorobach zębów z wykluczeniem chorób ust i szczęk może leczenie oprócz lekarzy-dentystów za zgodą ubezpieczonych dozwolone być także** technikom **dentystycznym.** Jak z treści tego przepisu wynika, te uprawnienia posiadali tylko technicy dentystyczni, pracujący w instytucjach Ubezpieczenia społecznego (Kasy Chorych), — przyczym nawet i w tym wypadku możność tego leczenia była **uzależniona od zgody ubezpieczonego**: było więc to uprawnienie **warunkowe zależne od swobodnego uznania jednostki ubezpieczonego i o zasięgu ograniczonym** (Kasy Chorych) — **natomiast nie mieli tego nawet uprawnienia w wykonywaniu swych czynności poza terenem Kas Chorych— czyli, że na podobieństwo techników dentystycznych w b. zaborze austriackim byli niczym innym jak tylko rzemieślnikami.** Zatym w odniesieniu do techników dentystycznych z b. zaboru pruskiego ustawo-

dawstwo polskie **nie mogło potwierdzić praw większych aniżeli** mieli w istocie, tym bardziej, że na odnośny przepis b. zaboru pruskiego art. 15 Rozporządzenia Prezydenta R. P. o wykonywaniu pratkyki dentystycznej się powołuje.

Wiążącą wreszcie interpretacją dla tych wszystkich, którzy chcieliby odmiennie komentować przepis art. 16 w szczególności w sensie rozszerzającym uprawnienia techników dentystycznych, o których mowa w wspomnianym artykule 16 — jest orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 21.V. 1932 r., w którym tenże Sąd wypowiedział się następująco:

„Rozporządzenie Prezydenta R. P. z dn. 10.VI. 1927 r. (Dz. U. R. P. poz. 476) o wykonywaniu praktyki dentystycznej zawiera w pierwszym dziale zatytułowanym „Praktyka lekarsko-dentystyczna" przepisy (art. 1—12), określające bliżej komu i pod jakimi warunkami służy prawo wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej, natomiast w drugiej części, opatrzonej napisem „O wykonywaniu czynności techniczno-dentystycznych", zawiera przepisy komu służy prawo wykonywania praktyki techniczno - dentystycznej (art. 13 — 24). W szczególności przez praktykę lekarsko-dentystyczną rozumie rozporządzenie wykonywanie wszelkich tego rodzaju **zabiegów w jamie ustnej, które mają na celu leczenie.** Przez praktykę techniczno-dentystyczną natomiast rozumie rozporządzenie **prawo brania wycisków** celem sporządzenia wszelkiego rodzaju dostawek zębowych oraz osadzenie **ich w jamie ustnej (art. 16), a więc prawo przedsiębrania czynności mechaniczno-technicznych, do których wykonywania nie potrzeba szczególnych studiów lub wiadomości naukowych, a umiejętność tą nabywa się tylko drogą odpowiedniej praktyki".**

Reasumując wszystko, co w przedmiocie rozważań nad treścią art. 16 rozporządzenia Prezydenta R. P. o wykonywaniu praktyki dentystycznej w oparciu się o źródłowe miarodajne w tej mierze wyjaśnienia względnie orzeczenia zostało powyżej naprowadzone, stwierdzić należy ponad wszelką wątpliwość, że uprawnienia osób, którym art. 16 przyznaje prawo posługiwania się tytułem „technika dentystycznego" **kończą się tam,** gdzie w związku ze sporządzeniem względnie osadzeniem takiej czy innej protezy w jamie ustnej, wymagane jest dokonanie **jakiegokolwiek zabiegu na zębach lub uzębieniu — choćby nim było tylko opiłowanie zęba pod koronę,** wkład lub część składową protezy. Ustawodawca, wprowadzając ten przejściowy i warunkowy przepis art. 16-go, **nie mógł mieć i nie miał nic innego na myśli,** tylko nadanie owym osobnikom prawa samodzielnego sporządzenia i osadzenia protezy, czyli innymi **słowy prawo bezpośredniego zetknięcia się z pacjentem w przeciwieństwie do zasady generalnej, ustanowionej w art. 13, który znosi pojęcie samodzielnego technika dentystycznego,** sprowadzając tego rodzaju osoby do właściwej **roli t. j. pomocniczego personelu lekarzy dentystów,** wykonującego protezy wyłącznie pod kierunkiem i na zamówienie lekarza dentysty, oraz pozbawionego prawa bezpośredniego stykania się z pacjentem, posługiwania się jakimkolwiek tytułem, reklamowanie się i umieszczanie szyldów.

W tych warunkach proponowane brzmienie art. 31 niniejszego projektu w kierunku wyraźnego wypowiedzenia się, że osobnicy mający prawo posługiwania się tytułem „technika dentystycznego", pozbawieni są prawa nie tylko dokonywania zabiegów lekarsko-stomatologicznych (dentystycznych), ale ponadto jakichkolwiek zabiegów techniczno-dentystycznych — jest w pełni uzasadnione, a jego wprowadzenie rozstrzygnie w sposób niewątpliwy kwestię odnośnych uprawnień i da organom nadzorczym i kontrolującym możność łatwego orientowania się w tej dziedzinie, w następstwie zaś i możność uporządkowania tych wszystkich anomalii w dziedzinie praktyki lekarsko-stomatologicznej (dentystycznej), które już poprzednio wielokrotnie zaznaczone zostały.

Do art. 32. Według dosłownego brzmienia obecnego art. 17 uprawnieni technicy dentystyczni mogą: „poza uprawnieniami, przewidzianymi w art. 16 wykonywać wszelkie zabiegi na poszczególnych zębach i uzębieniu, wchodzące w zakres czynności, jakich potrzeba do sporządzenia zębów sztucznych i uzębienia, koron, mostków i plomb z wyjątkiem leczenia chorób jamy ustnej".

Tego rodzaju stylizacja jest niczym innym jak prawie **całkowitym zrównaniem „uprawnionych techników dentystycznych" z lekarzami dentystami,** a do wysunięcia tego zdawałoby się na pozór paradoksalnego twierdzenia, upoważnia dokładne rozpatrzenie tych przepisów. Otóż przepisy te usiłują wprawdzie przeprowadzić granicę między uprawnieniami lekarzy dentystów, a uprawnieniami uprawnionych techników dentystycznych, ale **czynią to w sposób niejasny i w praktyce nieuchwytny.** Granicą, której wg. brzmienia tego artykułu nie wolno uprawnionym technikom dentystycznym przekraczać, mają **być choroby jamy ustnej.** Rozporządzenie jednak ani jednym słowem nie określa w żadnym ze swoich artykułów, co należy rozumieć przez choroby jamy ustnej — więc siłą faktu illuzorycznym staje się użycie tego rodzaju określenia, jako granicy, która powinna być przecież poprowadzona wyraźnie, a nie w sposób domniemany; ważniejszym natomiast jest fakt, iż tego rodzaju końcowa stylizacja art. 17 **wyklucza istnienie związku przyczynowego między chorobami jamy ustnej, a chorobami zębów, a to dlatego, że zezwala uprawnionym technikom dentystycznym na zakładanie plomb.**

Tkwi w dotychczasowej stylizacji uprawnień dla „uprawnionych techników dentystycznych" **jakieś ogromne niedopatrzenie czy niezrozumienie istoty sprawy. Zakładanie plomb nie jest** przecież czynnością techniczną, **ale końcowym efektem zabiegów lekarskich, zmierzających do leczenia próchnicy zębów i jej następstw.** Następstwa zaś próchnicy, nie ograniczają się wyłącznie do procesu niszczenia twardych tkanek zęba, ale sięgają do miazgi zęba, sprowadzając jej stany zapalne względnie zgorzel, dalej przenoszą się na ozębną, kości szczękowe, tkanki miękkie w obrębie jamy ustnej i na gruczoły limfatyczne; wiemy, że nieprawidłowe leczenie (a więc plombowanie) zębów prowadzi często do powikłań, zagrażających życiu (ropowica); wie-

my, że zęby o obumarłej aseptycznie miazdze włączone jako filary do protez, więc pokryte koronami względnie utrzymujące wkłady lub inne umocowania, są bardzo często przez długi czas **utajonym źródłem zakażenia organizmu,** które w następstwie sprowadzić może i sprowadza ciężkie stany chorobowe w obrębie przede wszystkim przewodu pokarmowego, narządów miąższowych, a nawet co na pozór zdawałoby się nieprawdopodobnym i motoru organizmu t. j. serca (endocarditis lenta).

Zmiany przywierzchołkowe w postaci ziarniniaków, poza wypadkami aseptycznego obumarcia miazgi i następowej jej infekcji na skutek przebytych chorób ogólnych — są najczęściej następstwem nieprawidłowego leczenia (a więc znowu plombowania); ziarniniaki te, będąc zbiornikiem nieraz bardzo złośliwych drobnoustrojów, endotoksyn, względnie exotoksyn, prowadzą do powolnego zatruwania organizmu, który to proces **skończyć się może nawet zejściem śmiertelnym.** Jeżeli te wszystkie powikłania w momencie ich stwierdzenia, nie zostają sprowadzone do punktu wyjściowego t. j. nieumiejętnego leczenia schorzeń zębowych wzgl. tkanek okołozębowych, to po pierwsze dlatego, że powikłanie to stanowi w danej chwili już rozwiniętą samodzielną jednostkę chorobową, która jako taka jest leczona, przez lekarza danej specjalności, po drugie do szczególnych niestety wyjątków należy współdziałanie przez ustalenie przyczyny danej choroby lekarza danej specjalności z lekarzem dentystą. Stąd biorą się owe o t. zw. nieustalonej etiologii przypadki pyemii względnie septicaemi, prowadzące najczęściej do zgonów, gdyż leczenie przyczynowe miejsca niema, a objawowe pożądanych wyników dać nie może.

W tych warunkach plombowanie zębów jest zabiegiem, dla którego prawidłowego przeprowadzenia trzeba mieć odpowiednie wykształcenie specjalne, a mianowicie lekarskie i to zarówno w dziedzinie teoretycznej jak praktycznej. Takie wykształcenie i uzdolnienie jest udziałem zarówno lekarzy, absolwentów wydziałów medycznych, praktykujących w stomatologii (dentystyce) jak i lekarzy dentystów, posiadających studia specjalne oparte o wiedzę ogólno-lekarską.

W jaki sposób z mocy przepisów art. 17 uprawnieni technicy dentystyczni, posiadający w swej ogromnej większości zaledwie ukończoną szkołę powszechną dopuszczeni zostali do zakładania plomb, a więc do wykonywania zabiegu lekarskiego — trudno dociec.

Brak koniecznego wykształcenia nie może być zastąpiony egzaminem, przewidzianym w art. 20, gdyż mimo jego programu, pozostanie on na zawsze niczem więcej jak ironią z powagi jego skutków. Jakżesz to, techników dentystycznych z wykształceniem ogólnym, rzadko przekraczającym szkołę powszechną, bez najmniejszego choćby ich przygotowania teoretycznego i praktycznego, a w sumie pod tym względem **analfabetów, egzaminować można z przedmiotów wiedzy lekarskiej,** a więc z anatomii i fizjologii jamy ustnej, z patologii ogólnej i anatomii patologicznej jamy ustnej, z chorób zębów, ich leczenia i wyjmowania? Taki egzamin i to w dodatku wyłącznie teoretyczny,

nie może w żadnym wypadku owym analfabetom dać uprawnień w zakresie czynności lekarskich, jak leczenie, plombowanie, usuwanie zębów względnie korzeni; **usunięcie zęba jest przecież zabiegiem krwawym, wymagającym pełnego uzdolnienia lekarskiego do jego wykonania,** zabiegiem, którego następstwa nawet przez lekarza w niektórych przypadkach (haemophilia, haematoma) dadzą się ciężko opanować.

Usunięcie zębów w większości przypadków musi być poprzedzone znieczuleniem miejscowym lub przewodowym; przeprowadzanie znieczuleń jest zabiegiem par excellence lekarskim, wymagającym nie tylko technicznego jego opanowania, ale dokładnej znajomości anatomii — jest zabiegiem o dużej skali niebezpieczeństwa dla zdrowia i życia pacjenta. Poprowadzone niewłaściwie z zastrzyku miejscowego lub przewodowego, przeobrazić się może łatwo w zastrzyk donaczyniowy ze wszystkimi w tych przypadkach komplikacjami, a przede wszystkim zapaścią, której opanowanie jest tak trudne dla lekarza, i która często prowadzi do zgonów. W tych warunkach oczywistym jest, że uprawniony technik dentystyczny niema po temu najmniejszych kwalifikacji, a nie mając ich, nie może stosować znieczulań, a przeto dokonywać zabiegu chirurgicznego t. j. usunięcia zęba.

Jakkolwiek przepis ustawowy art. 17 nie wyszczególnia wyraźnie, iż uprawnieni technicy dentystyczni mają prawo usuwania zębów czy korzeni, to jednak kto będzie chciał na korzyść uprawnionych techników dentystycznych interpretować treść wspomnianego artykułu, ten nie bez racji taką interpretację przeprowadzi. Jeśli bowiem rozpatrzymy z punktu widzenia fachowego uprawnienia dla „uprawnionych techników dentystycznych" w dotychczasowej stylizacji wspomnianego artykułu, a mianowicie, że ci „mogą wykonać **wszelkie** zabiegi na poszczególnych zębach i uzębieniu, wchodzące w zakres czynności, jakich potrzeba do sporządzenia zębów sztucznych i uzębienia, koron i mostków", jasnym jest, że przeprowadzenie uzupełnień protetycznych uzębienia może, a nieraz musi poprzedzić dokonanie usunięć zębów czy korzeni, **zatym w tych wypadkach uprawniony technik dentystyczny byłby w prawie tych zabiegów dokonać.** Do takiej interpretacji skłaniałby każdego dalej i ten fakt, że program egzaminu techników na uprawnionych techników dentystycznych przewiduje jako jego składowe: wyjmowanie zębów, sposoby wyjmowania zębów, przygotowanie jamy ustnej przed wyjęciem zęba, możliwe powikłania po wyjęciu zęba. Nie wnikamy w tej chwili w zasadność programu tych egzaminów, nie wnikamy w fakt, iż egzaminując owych techników wyłącznie teoretycznie, egzaminujący nie może w żaden sposób przekonać się czy ewentualnej wiedzy teoretycznej egzaminowanego odpowiada uzdolnienie praktyczne, pomijamy fakt, iż do wykonania zabiegu krwawego, a więc zabiegu połączonego zawsze z niebezpieczeństwem dla zdrowia, a nawet i życia chce się dopuścić osobników, **nie mających po temu żadnych absolutnie kwalifikacyj** — pragniemy natomiast podkreślić, iż sam fakt egzaminowania w tej dziedzinie nie

tylko może, ale musi stworzyć **domniemanie** słuszne, iż ci „uprawnieni technicy dentystyczni" takie właśnie czynności w swej praktyce wykonywać mogą. Jak do takiego nieuzasadnionego wniosku łatwo dojść można — świadczy o tym najlepiej fakt, iż Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w okólniku swoim z dnia 20.VI. 1927 r. Nr. Z. O. 2950/27, przesłanym Wojewodom, a omawiającym bliżej postanowienia rozporządzenia Prezydenta R. P. o wykonaniu praktyki dentystycznej — między innymi w odniesieniu do uprawnień uprawnionych techników dentystycznych wyjaśnia dosłownie następująco: „Artykuł więc 17 poza uprawnieniami, przewidzianymi art. 16, zezwala technikom dentystycznym **na plombowanie zębów i usuwanie korzeni,** zabraniając leczenia chorób jamy ustnej. Nabycie jednak uprawnień z art. 17 uwarunkowane jest albo złożeniem egzaminu, albo też wykazaniem się z pozostawania w zawodzie techniczno-dentystycznym bez przerwy lat 15, co zwalnia technika dentystycznego od obowiązku składania egzaminu".

Tak więc niefortunna stylizacja postanowień art. 17 pozwoliła t. zw. uprawnionym technikom dentystycznym stuprocentowym analfabetom, jeśli idzie o wiedzę lekarską, prześlizgnąć się nie tylko w dziedzinę zabiegów lekarskich bezkrwawych, ale co jeszcze ważniejsze w dziedzinę zabiegów chirurgicznych, a ponadto możności ich wykonywania usankcjonowane jak gdyby zostały wspomnianym programem egzaminów, oraz miarodajnym z punktu widzenia prawa wyjaśnieniem resortowego wówczas Ministerstwa.

Trudno dociec jaka mogła być istotna przyczyna dopuszczenia uprawnionych techników dentystycznych do zabiegów per excellence lekarskich. Czy przyczyna ta tkwi w niedopatrzeniu tej ogromnej skali różnicy, jaka istnieje między wykształceniem specjalnym i uzdolnieniem lekarzy dentystów, a sui generis wykształceniem uprawnionych techników dentystycznych — czy w niedocenianiu wagi i skutków chorób zębów, ich leczenia bezkrwawego względnie chirurgicznego dla całości organizmu, a więc zdrowia publicznego — czy w jakiejś niepojętej tolerancji dla analfabetyzmu w dziedzinie, która w międzyczasie na całym świecie wzniosła się na wyżyny — czy wreszcie w chęci użyczenia, przy braku choćby pozorów istotnej potrzeby, grupie jak ją nazwano „uprawnionych niedouczków" — jakgdyby veniam studiorum?

Jak już poprzednio przytoczone zostało — ustawodawca, wprowadzając przepisy przejściowe i warunkowe dla t. zw. techników dentystycznych z byłych zaborów pruskiego i austriackiego, miał na celu uszanowanie praw nabytych. Wykazaliśmy w sposób dowodny, **iż prawa nabyte nie sięgały w żadnym wypadku tak daleko,** aby ci osobnicy mieli prawo leczenia chorób zębów i wykonywania zabiegów z tym związanych — **natomiast byli niczym innym jak tylko rzemieślnikami. Stąd nie istniała i nie istnieje konieczność nadawania im praw, których nigdy nie mieli, zatym i ustawodawca nie był i nie jest nadal pod tym względem niczem krępowanym.** Instytucja uprawnionych techników dentystycznych w stylizacji art. 17 **jest koncepcją dowolną**

i tylko od swobodnego, a sądzimy i rzeczowego uznania czynników miarodajnych zależy, czy w tej dziedzinie przywrócony zostanie nareszcie stan prawidłowy, a więc taki, jakiego wzgląd na dobro zdrowia publicznego wymaga.

W dziedzinie uprawnień t. z. „uprawnionych techników dentystycznych" zapadły już niejednokrotnie **orzeczenia Sądu Najwyższego,** a więc orzeczenia najbardziej jeśli idzie o interpretację art. 17 miarodajne: orzeczenia te **głoszą, że uprawnieni technicy dentystyczni nie posiadają prawa w zakresie lekarskim** i nie mogą być postawieni na równi z lekarzami specjalistami w dziedzinie zębolecznictwa i lekarzami dentystami.

Typowym i ze wszech miar miarodajnym w ocenie uprawnień uprawnionych techników dentystycznych, przekreślającym siłą faktu nawet treść wspomnianego wyżej okólnika Ministerstwa Spraw Wewnętrznych jest **wyrok Sądu Najwyższego** Nr II. 3. K. 335/30 z dnia 26.V. 1930 r., który w uzasadnieniu, oddalającym skargę uprawnionego technika dentystycznego, ukaranego za usuwanie zębów, głosi jak następuje: „Na wywody kasacji zauważyć jeszcze wypada, że z wywodów dołączonego do akt sprawy wyjaśnienia Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z 24.II. 1930 r. Nr Z. O. 3715/29 w sprawie uprawnień techników dentystycznych, **która to opinia** zresztą wobec unormowania tych uprawnień w drodze rozporządzenia Prezydenta R. P. **nie ma w danym wypadku znaczenia rozstrzygającego — nie wynika, zdaniem Sądu Najwyższego, by określone w art. 17** wspomnianego rozporządzenia Prezydenta R. P., **rozszerzenie uprawnień** uprawnionych techników dentystycznych, polegające na zezwoleniu uprawnionym technikom dentystycznym, — poza uprawnieniami natury mechaniczno-technicznej z wykluczeniem prawa wykonywania jakichkolwiek zabiegów lekarsko-dentystycznych, na wykonywanie nadto wszelkich zabiegów na poszczególnych zębach i uzębieniu **szło tak daleko, iżby uprawniało uprawnionych techników dentystycznych do wyjmowania zębów. Uprawnienia te bowiem wedle wyraźnego brzmienia wskazanego przepisu art. 17 znajdują swoją granicę tam, gdzie chodzi już o leczenie chorób jamy ustnej, do czego, zdaniem Sądu Najwyższego,** przy uwzględnieniu także wyrazownictwa, użytego w dotyczących przepiasch wspomnianego rozporządzenia, **zaliczyć należy wyjmowanie zębów, zwłaszcza** jak w niniejszym wypadku chorych, bolących, których stan choroby grozi w razie nieumiejętnego traktowania niebezpiecznymi komplikacjami".

W tych wszystkich wyżej przytoczonych warunkach, wobec zasadowości naprowadzonych argumentów oraz miarodajnego najbardziej orzecznictwa Sądu Najwyższego — nic nie stoi na przeszkodzie przeprowadzeniu **takiej nowelizacji art. 17, którąby osadzała uprawnionych techników dentystycznych na im właściwych miejscach, a jednocześnie potwierdzała tezę wydanych w tej mierze orzeczeń Sądu Najwyższego.**

Postanowienia art. 17 w dotychczasowej stylizacji nadto przy subsydialnej interpretacji wpomnianego wyżej okólnika Min. Spraw We-

wnętrznych i przy zilustrowanym programie egzeminów — **zrównały uprawnionych techników dentystycznych z lekarzami dentystami— prawie w zupełności.** Na codzienną praktykę lekarza dentysty składa się w 90%-ach leczenie zębów i ich plombowanie, usuwanie zębów względnie korzeni, przeprowadzenie uzupełnień protetycznych uzębienia — **a więc te same czynności, które prawnie czy bezprawnie wykonują uprawnieni technicy dentystyczni**; to, co im zostało zakazane t. j. leczenie chorób jamy ustnej stanowi u lekarzy dentystów owych pozostałych 10% praktyki, albo często niema wogóle miejsca. **Lekarze dentyści posiadają ukończone średnie wykształcenie i cztery lata studiów specjalnych akademickich, popartych 14-ma egzaminami z dziedziny wiedzy lekarsko-przyrodniczej, oraz praktykę kliniczną; egzamin dyplomowy jest dla nich potwierdzeniem nabycia pełnego uzdolnienia do wykonywania zawodu; od roku 1937-go studia specjalne przedłużone zostały do lat pięciu. W imię przeto jakiej zasady do uprawnień lekarzy dentystów podciągnięci zostali i z nimi na równi uprawnieni technicy dentystyczni, nie posiadający nie tylko wogóle żadnego wykształcenia specjalnego, ale nawet dostatecznego choćby wykształcenia ogólnego?** Nie istnieją w tej mierze ani **względy na t. zw. prawa nabyte, ani względy rzeczowe** w sensie uznania wykształcenia uprawnionych techników dentystycznych za choćby najskromniej wystarczające, **ani względy na brak sił wykwalifikowanych lekarskich.** Za sprowadzeniem instytucji uprawnionych techników dentystycznych do im należnego mianownika, przemawiają w sposób aż nadto dostateczny wszystkie te względy, które wyżej przytoczone zostały, przemawia konieczność nagrodzenia szkody moralnej, wyrządzonej stanowi lekarsko-dentystycznemu, obrona jego autorytetu, a co najważniejsze **przemawia konieczność państwowa t. j. dbałość o zdrowie społeczeństwa, na którym te „uprawnione“ praktyki large manu są przeprowadzane.**

Nie do pomyślenia nadal jest taka interpretacja art. 17 ustawy o wykonywaniu praktyki dentystycznej, aby dawała możność uprawnionym technikom dentystycznym wykonywania zabiegów krwawych, a więc usunięć zębów czy korzeni, możność leczenia schorzeń zębowych (plombowanie) i tkanek okołozębnych — **natomiast konieczną jest nowelizacja** tych postanowień ustawowych i to w takiej formie, którаby raz na zawsze przeprowadziła wyraźną granicę między uprawnieniami lekarzy dentystów, a uprawnieniami „uprawnionych techników dentystycznych“, zakazując tym ostatnim przedsiębrania zabiegów względnie czynności przysługujących wyłącznie lekarzom dentystom.

Proponowana w niniejszym projekcie ustawy stylizacja art. 1 w kierunku ustalenia, co należy rozumieć przez zabieg lekarsko-stomatologiczny (dentystyczny), a co przez zabieg techniczno-dentystyczny, dalej stylizacja przepisów art. 28 projektu w sensie sprecyzowania, co należy rozumeić przez czynność techniczno-dentystyczną, dalej stylizacja art. 31 w kierunku ustalenia praw techników dentystycznych i wreszcie w łączności z poprzednimi stylizacja art. 32, precyzująca uprawnienia uprawnionych techników dentystycznych — ma właśnie

na celu przeprowadzenie owej wyraźnej a koniecznej granicy, o której wyżej mowa.

Do art. 33. Przepis tego artykułu nie wymaga specjalnego uzasadnienia; uprawnienia, jakie posiadają technicy dentystyczni i uprawnieni technicy dentystyczni dotyczą ich osobiście i stanowią wyjątek od zasady generalnej, ustanowionej art. 13-tym obecnie obowiązującego rozporządzenia — ponadto są przepisami przejściowymi i warunkowymi. Stąd korzystanie z tych uprawnień przez kogo innego jest niedopuszczalne, a wyraźny w tym względzie przepis konieczny z uwagi na możność prowadzenia należytej walki z rozpanoszonym partactwem.

Do art. 34. Przepisy projektu są analogiczne z postanowieniami art. 22 rozporządzenia Prezydenta R. P. o wykonywaniu praktyki dentystycznej.

Do art. 35. Przepisy tego artykułu są koniecznym rozszerzeniem dotychczasowych przepisów, zawartych w art. 23 wspomnianego rozporządzenia i dostosowane są do treści art. 1, 28, 31 i 32 projektu.

Do art. 36. Skoro technicy dentystyczni (art. 31) i uprawnieni technicy dentystyczni (art. 32) uprawnieni są do samodzielnego sporządzania protez zębowych i osadzania ich w jamie ustnej — to zakaz posługiwania się dla tego celu metalami i materiałami szkodliwymi dla zdrowia ustalony przepisami art. 23 projektu z uwagi na zdrowie publiczne musi być i na nich w całej rozciągłości przeniesiony.

Do art. 37 i 38. Przepisy tych artykułów są analogiczne do przepisów art. 24 i 25 obecnie obowiązującego rozporządzenia, a tylko dostosowane do zakresu działania izb lekarsko-dentystycznych.

Do art. 39. W przeciwieństwie do dotychczas obowiązujących w tej mierze przepisów (art. 27 rozporządzenia), które wszystkie wykroczenia podciągnęły pod jeden mianownik — projekt wprowadza zróżniczkowanie tych wykroczeń na trzy grupy. Do pierwszej zalicza wykroczenia świadomie prowadzące do działania na szkodę zdrowia (nielegalna praktyka lekarsko - stomatologiczna (dentystyczna), stosowanie materiałów szkodliwych dla zdrowia); do drugiej przekroczenia uprawnień zastrzeżonych ustawowo technikom i uprawnionym technikom dentystycznym; do trzeciej wykroczenia natury porządkowej.

Z uwagi na skutki tych wykroczeń, projekt wprowadza dla każdej z grup odmienne sankcje karne, przyczem stosuje gradację w wymiarze kary.

Obostrzenie wykroczeń przeciw zdrowiu publicznemu (grupa I) nie wymaga bliższego uzasadnienia; zresztą są to identyczne kary z tymi, które rozporządzenie Prezydenta R. P. o wykonywaniu praktyki lekarskiej ustala w art. 25 ust. 1 za nielegalną praktykę lekarską.

Obostrzenie wykroczeń z grupy II ma na celu racjonalną walkę z rozpanoszonym partactwem, które jak to życie wykazało, znosiło łatwo wymiar kary w dotychczasowej rozpiętości.

Obostrzenie wykroczeń natury porządkowej znajduje swoje uzasadnienie w analogicznych przepisach (art. 25 ust. 3) rozporządzenia Prezydenta R. P. o wykonywaniu praktyki lekarskiej.

Do art. 40. Przepisy tego artykułu dostosowane są do ustawy o izbach lekarsko-dentystycznych i ich zakresu działania, a mianowicie współdziałania z władzami rządowymi w sprawach zdrowia publicznego oraz strzeżenia etyki i godności zawodu lekarsko-dentystycznego.

Do art. 41, 42, 43 i 44. Przepisy tych artykułów nie wymagają ze względu na ich charakter normatywny żadnego uzasadnienia.

———o———

Stowarzyszenie Absolwentów
Akademii Stomatologicznej
Zarząd Główny
Warszawa,
Marszałkowska 120 m. 5

Do

Pana Ministra Skarbu

w Warszawie

Zarząd Główny Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej — Warszawa, ul. Marszałkowska 120 m. 5

MEMORIAŁ W SPRAWIE ZMIANY PRZEPISÓW USTAWODAWSTWA SKARBOWEGO W ODNIESIENIU DO ZAWODU LEKARSKO-DENTYSTYCZNEGO.

Zarząd Główny Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej (dawniej Państwowego Instytutu Dentystycznego) organizacji zawodowej lekarzy-dentystów z wyższym wykształceniem, stanowiących więcej jak połowę całego zawodu lekarsko-dentystycznego, opierając się na uchwale VIII Polskiego Zjazdu Stomatologicznego jako sekcji XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, odbytego we Lwowie w dniach 4—7 lipca 1937 r., oraz w wykonaniu odnośnej uchwały III Zjazdu Absolwentów Akademii Stomatologicznej, odby-

tego w Warszawie w dniach 31.X i 1.XI 1937 r. — ma zaszczyt zwrócić się do Pana Ministra z niniejszym memoriałem oraz z uprzejmą prośbą o uwzględnienie naprowadzonych w nim motywów, a w wyniku o łaskawe wydanie odnośnych aktów prawnych wzgl. zarządzeń, któreby wprowadziły odmienne od dotychczasowych normy opodatkowania lekarzy-dentystów.

Zawód lekarsko-dentystyczny jest bezpośrednio zainteresowany w następujących ustawach z dziedziny ustawodawstwa skarbowego, a mianowicie:

1) w ustawie z dnia 15.VII. 1925 r. **o państwowym podatku przemysłowym** (Dz. U. R. P. z r. 1936 Nr. 46 poz. 339), a od dnia 1 stycznia 1939 w ustawie z dnia 4 maja 1938 r. o podatku obrotowym (Dz. U. R. P. Nr. 34 poz. 292);
2) w ustawie o państwowym **poadtku dochodowym** (Dz. U. R. P. z r. 1936 Nr. 2 poz. 6) ze zmianami wprowadzonymi ustawą z dnia 9 kwietnia 1938 r. (Dz. U. R. P. Nr. 26 poz. 226) oraz
3) w Dekrecie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 14.XI. 1935 r. (Dz. U. R. P. Nr. 82 poz. 505) ze zmianami, wprowadzonymi dekretem z 14.I. 1936 r. (Dz. U. R. P. Nr. 3 poz. 13) **o podatku od lokali.**

Zanim przejdziemy do omówienia szczegółów z poszczególnych wyżej wymienionych ustaw skarbowych pod kątem widzenia potrzeby ich nowelizacji względnie uzupełnień lub wydania właściwych zarządzeń — pragniemy wyłuszczyć zasadę generalną, na której się opieramy, wysuwając tezę konieczności przeprowadzenia tych zmian i uwzględnienia poszczególnych postulatów.

Zasadą tą jest fakt, iż zawód lekarsko-dentystyczny, jako zbiorowy płatnik podatków państwowych, osiąga swe obroty wzgl. dochody, będące przedmiotem opodatkowania w warunkach i w sposób specjalny, różniący się zasadniczo od obrotów wzgl. dochodów osiąganych przez pozostałe wolne zawody oraz fakt, iż zawód lekarsko-dentystyczny jest poważnym, jeśli idzie o uzyskiwane obroty i dochody — płatnikiem podatków państwowych z pośród wolnych zawodów.

Ustawodawstwo skarbowe, jeśli idzie o świadczenia na rzecz Skarbu Państwa, **generalizuje wolne zawody i podciąga je pod wspólny mianownik**; ta generalizacja słuszna w zasadzie, jeśli idzie o podział na poszczególne grupy płatników — **życiowo wymaga zaznaczenia pewnej odrębności dla zowodu lekarsko-dentystycznego,** czy stomatologicznego i odmiennego jego traktowania — oczywiście wtedy, jeśli ma być spełnioną zasada sprawiedliwości i równomierności podatkowej.

I.

Przechodząc do poszczególnych ustaw skarbowych, zajmiemy się najpierw ustawami o **państwowym podatku przemysłowym i obrotowym.** Podatkowi temu w myśl postanowień zawartych w pkt. b) art.

1 ustawy o podatku przemysłowym, podlegają — między innymi — również samodzielne wolne zajęcia zawodowe — zatem i wykonywanie zawodu lekarsko-dentystycznego — dla których w myśl postanowień pkt. 10 art. 4 ustawy, za obrót, podlegający opodatkowaniu uważa się zarobek brutto — przyczem zgodnie z brzmieniem art. 7 pkt. 7 stawka podatku od obrotu wynosi 3%.

Również zgodnie z postanowieniami art. 1 i 2 ustawy o podatku obrotowym lekarz dentysta jest płatnikiem podatku obrotowego, a wykonywane przez niego zawodowe odpłatne świadczenia i usługi podlegają podatkowi obrotowemu , przyczym stosownie do postanowień art. 7 pkt. 10 stawka podatku wynosi 3%. Ta trzyprocentowa stawka podatkowa odnosi się do obrotów wszystkich samodzielnych wolnych zajęć zawodowych, a w szczególności wyszczególnionych w art. 9 ustawy o państwowym podatku przemysłowym, a mianowicie lekarzy, dentystów (nomenklatura wadliwa), weterynarzy, felczerów, adwokatów, notariuszy, obrońców sądowych, architektów, inżynierów, innych techników i innych samodzielnych wolnych zajęć zawodowych.

Obroty zatem osiągane przez te zawody, są na równi opodatkowane z obrotami, osiąganymi przez lekarzy-dentystów — bez jakiegokolwiek ich zróżnicowania. Brak tego zróżnicowania pociąga za sobą w skutkach nierównomierność opodatkowania, przecząc zasadzie sprawiedliwości opodatkowania i to na niekorzyść zawodu lekarsko-dentystycznego. Jasnym bowiem jest dla każdego, że obroty, osiągane przez pozostałe wolne zawody, w 95% są niczym innym, jak wynagrodzeniem za świadczone w związku z wykonywanym zawodem usługi, względnie pracę, nie pociągającym za sobą żadnych wydatków specjalnych, a jeśli nawet tak, to w znikomej wysokości w stosunku do pobieranego wynagrodzenia, a więc uzyskiwanego obrotu. Utrzymywanie pokojów ordynacyjnych, gabinetów przyjęć, kancelarii i poczekalni jest cechą wspólną, a zatem i wydatkiem współistniejącym u wszystkich wolnych zawodów; **natomiast cechą odrębną dla zawodu lekarsko-dentystycznego jest to, iż osiągany przezeń zarobek brutto conajmniej w 60 procentach jest niczem innym, jak zwrotem ze strony pacjenta wydatków realnych,** poniesionych przez lekarza-dentystę w związku z świadczeniem pacjentowi usług lekarskich. Tak więc przy zabiegach chirurgicznych zwraca pacjent koszty bezpośrednie, a więc wydatki związane ze sterylizacją narzędzi, opatrunków i bielizny, wartość zużytych leków, opatrunków i narzędzi pomocniczych; przy leczeniu zębów zwraca koszty leków, opatrunków, narzędzi pomocniczych (nerwociągi, igły Millera, dryle i t. p.), wreszcie materiałów, zużytych na założenie plomb (cement, porcelana, srebro, złoto, platyna); przy sporządzaniu protez zwraca koszty zużytych materiałów, tak podstawowych, a więc kauczuku, zębów porcelanowych lub innych, złota, platyny wzgl. materiałów pomocniczych jak: gipsu, wosku, mas wyciskowych, szelaku i t. d.

Istnieje zatym zasadnicza różnica w charakterze zarobku brutto (obrotu) między lekarzem-dentystą, a pozostałymi wolnymi zawodami; podczas gdy u tych ostatnich na obrót składa się wyłącznie lub

prawie wyłącznie wynagrodzenie za świadczone usługi, to u **lekarzy dentystów w zarobku brutto czyli w pojęciu ustawy o państw. podatku przemysłowym w obrocie, mieści się w mniejszej mierze wynagrodzenie za świadczone usługi, zaś w większej zwrot realnych kosztów, poniesionych na rzecz pacjenta.** Ta różnica występuje najbardziej jaskrawie przy zarobku brutto, a więc obrocie, uzyskiwanym przez lekarzy dentystów przy sporządzaniu protez zębowych lub aparatów regulacyjnych w szczególności z metali szlachetnych, a więc złota i platyny, lub złoto-platyny, gdzie koszt nabycia surowca dla sporządzenia protezy, pochłania zawsze najmniej połowę pobieranej od pacjenta ceny umownej.

Ustawa o państwowym podatku przemysłowym w pkt. 4 art. 7 ustanawia stawkę podaktową 1,9% dla obrotów, uzyskiwanych ze sprzedaży przetworzonych surowców lub produkcji przedmiotów z zakupionych na własny rachunek materiałów — oczywiście w odniesieniu do przedsiębiorstw przemysłowych, zaś ustawa o podatku obrotowym w art. 7 pkt. 4 b.) ustanawia stawkę podatkową 1,5% od obrotów, osiągniętych ze sprzedaży lub wymiany surowców, półwyrobów lub wyrobów gotowych, wytworzonych przez płatnika na rachunek własny oraz za świadczenia usług o charakterze rękodzielniczym. Jasnym jest, że nie może tu być mowy — jeśli idzie o zawód lekarsko-dentystyczny — o jakimkolwiek porównaniu co do przedmiotu podatku — idzie tylko o wykazanie pewnej analogii, a przede wszystkim wyraźnej intencji ustawodawcy, **który w innej dziedzinie uważa za zasadę słuszną stosowanie niższej stawki podatkowej** w szczególności wówczas, gdy osiągane obroty pochodzą z przeróbki surowca czy też z produkcji pewnych wyrobów, z zakupionych na własny rachunek materiałów.

Skoro zatem istnieje ta wyżej scharakteryzowana typowa różnica między obrotami osiąganymi przez lekarzy dentystów, a obrotami osiąganymi przez pozostałe inne wolne zawody, skoro ta różnica nosi w sobie znamię szczególne, a mianowicie zwrotu przez pacjenta realnych kosztów, poniesionych przy świadczeniu mu usług lekarskich i to w wysokości procentowo wyższej od podstawowego wynagrodzenia, a więc istotnego zarobku brutto — to jasnym jest, że **stosowanie w odniesieniu do obrotów lekarzy dentystów** tej samej co i dla pozostałych wolnych zawodów **trzy procentowej stawki podatkowej od osiąganych obrotów, jest niewspółmiernie wysokie i sprowadza w skutkach nierównomierność w obciążeniu wolnych zawodów świadczeniami na rzecz Skarbu Państwa z tytułu państwowego podatku przemysłowego z oczywistą niekorzyścią dla zawodu lekarsko-dentystycznego.**

W tych warunkach aktem sprawiedliwości podatkowej i zasady równomierności opodatkowania, winno być **ustawowe ustalenie stawki podatkowej dla obrotów osiąganych przez lekarzy dentystów w wysokości odmiennej** od tejże stawki dla innych wolnych zawodów; stawka ta w odniesieniu do obrotów, podlegających opodatkowaniu podatkiem przemysłowym, a osiąganych przez lekarzy dentystów winna,

zdaniem naszym, z przyczyn dotąd omówionych **ulec zmniejszeniu i nie powinna przekraczać 1,5%.**

Konieczność nowelizacji w tym kierunku przepisów art. 7 ustawy o państwowym podatku przemysłowym i tegoż artykułu ustawy o podatku obrotowym — zresztą i tak w obecnym brzmieniu różnicujących już stawki podatku od obrotu w granicach od 1,2% do 6% — jest życiowo usprawiedliwiona; ten postulat jest jednym z naczelnych postulatów świata lekarsko-dentystycznego. Nie widzimy żadnych istotnych przeszkód, dla których miałby on być przez Pana Ministra nieuwzględniony — wprost przeciwnie postulat ten zawiera u swych podstaw argumenty najbardziej istotne, których uwzględnienie leży w granicach obiektywizmu ustawodawcy w dziedzinie **równomierności obciążeń obywateli w świadczeniach na rzecz Skarbu Państwa.**

Przy wysuwaniu tego postulatu zdajemy sobie dokładnie sprawę, iż w kompleksie całości ustawodawstwa skarbowego w szczególności po uchwaleniu ostatnio przez ciała ustawodawcze ustawy o podatku obrotowym, sprawa zmiany stawki podatkowej dla jednej grupy płatników jest zbyt małą, aby nadawać jej bieg ustawodawczy. Istnieje jednak możliwość uwzględnienia tego postulatu — oczywiście w przypadku przychylnego ustosunkowania się do niego Pana Ministra w sposób odmienny, a mianowicie przez obniżenie obowiązującej w chwili obecnej stawki podatkowej w granicach przysługujących Mu uprawnień ustawowych i to bądź w trybie art. 39 ust. 1. ustawy o państwowym podatku przemysłowym bądź też w trybie art. 10 ust. 1 ustawy o podatku obrotowym.

Uwzględnienie tego, zdaniem naszym, słusznego postulatu z przyczyn, tkwiących u podstaw polityki skarbowej Państwa winno być jednak równocześnie obwarowane w sposób, pozwalający władzom wymiarowym na ustalenie rzeczywistej, a nie domniemanej wysokości obrotów i zabezpieczenie Skarbowi Państwa wpływów z tego źródła opodatkowania. Rozwiązanie tego zagadnienia widzimy **w uzależnieniu przyznania tej 1,5%-wej ulgowej stawki podatkowej tylko w odniesieniu do tych obrotów, których wysokość udowodniona zostanie prowadzeniem t. zw. uproszczonych ksiąg handlowych** według zasad ustalonych przepisami art. 87 Ustawy o ordynacji podatkowej i § 74 Rozporządzenia Ministra Skarbu z 19.IX. 1934 r. o wykonaniu tejże ustawy. Obowiązek prowadzenia tej uproszczonej księgowości handlowej, ograniczającego się do zapisów po stronie przychodu sumy dziennych wpływów, uwidacznianych i tak w księdze pacjentów, oraz poszczególnych pozycji wydatków po stronie rozchodu, opartych zwykle na rachunkach wzgl. pokwitowaniach — miałby i poza przyznaniem tej 1,5% stawki podatkowej od obrotu nadto i tą dobrą stronę, że pozwalałby na ustalenie w odniesieniu do wymiaru podatku dochodowego dochodu netto — z odrzuceniem t. zw. norm średniej dochodowości, których stosowanie przy wymiarach dla zawodu lekarsko-dentystycznego przez władze wymiarowe jest zbyt dowolne, nieżyciowe, a często nawet i krzywdzące.

II.

Jeżeli idzie o drugą z kolei ustawę podatkową, a więc o ustawę **o państwowym podatku dochodowym** — to postulaty świata lekarsko-dentystycznego nie zahaczają samej skali podatkowej, która zgodnie z ustaleniem zawartym w art. 23 ustawy o państwowym podatku dochodowym jest jednolita dla dochodów, osiąganych przez wszystkich obywateli Państwa, a podlegających opodatkowaniu na podstawie przepisów Działu I ustawy — natomiast postulaty te odnoszą się do innej dziedziny i leżą w płaszczyźnie ustalenia w sposób niewątpliwy, **co należy w związku z przepisem art. 6 ustawy uważać u lekarza dentysty za dochód, podlegający opodatkowaniu,** a więc dotyczą ustalenia wysokości dochodu jako przedmiotu opodatkowania.

Przedmiotem opodatkowania w myśl przepisów zawartych w art. 3 pkt. 3b ustawy o państwowym podatku dochodowym, są dochody z zajęć zawodowych; pojęcie dochodu określa brzmienie art. 6 ustawy, który głosi: „Za dochód uważa się sumę wszystkich przychodów w pieniądzach lub wartościach pieniężnych, otrzymanych z poszczególnych źródeł, wymienionych **w art. 3, po strąceniu kosztów osiągnięcia, zachowania i zabepieczenia** tych przychodów, łącznie z corocznym prawidłowym odpisaniem na zużycie budynków, maszyn i wszelkiego rodzaju martwego inwentarza, oraz po potrąceniu strat częściowych lub całkowitych w przedmiotach, podlegających zużyciu i służących do osiągnięcia dochodu, o ile odpisań na zużycie oraz strat nie uwzględniono już w kosztach wyżej wymienionych“.

W związku z powyższym brzmieniem art. 6 ustawy należałoby sobie postawić pytanie i odpowiedzieć, które z kosztów, ponoszonych przez lekarza dentystę wiążą się ściśle z osiągnięciem dochodu i jako takie winny być potrącane z ogólnej sumy przychodów.

Odpowiedź pośrednią otrzymujemy w postanowieniach art. 8 ustawy pkt. 1, które głoszą między innymi, iż z przychodów, osiągniętych z poszczególnych źródeł nie mogą być potrącane wydatki na powiększenie lub ulepszenie źródła dochodu, zaś pomocniczo przepisy § 12 pkt. a) Rozporządzenia Wykonawczego Ministra Skarbu do ustawy o państwowym podatku dochodowym ustalają zasadę, że kosztami połączonymi z uzyskaniem przychodu są tylko wydatki, poniesione w tym celu, aby z danego źródła osiągnąć dochód, nie zaś wydatki związane z nabyciem samego źródła dochodu z jego powiększeniem lub ulepszeniem.

W świetle tych przepisów **bezspornym jest, iż wydatki poniesione przez lekarza dentystę, a pozostające w ścisłym związku z świadczeniem usług lekarskich, należą do wydatków, związanych z uzyskaniem przychodów,** a więc potrącalnych z sumy osiągniętych dochodów. Do tych wydatków należeć będą: koszty utrzymania pokojów ordynacyjnych i poczekalni, wynagrodzenie w pieniądzach i naturze współpracowników, lub pomocników, służby, zakup leków i wszelkiego rodzaju materiałów, potrzebnych do wykonywania czynności zawodowych; we-

dług Orzeczenia Najw. Tryb. Adm. z 17.XII. 1934 r. L. rej. 6390/31, również wydatki na książki, pisma i utrzymanie laboratorium z reguły stanowią przy dochodach z wykonywania wolnych zawodów koszty potrącalne; w końcu dopuszczalne są odliczenia z ogólnego dochodu z mocy art. 10 ustawy, a więc świadczenia społeczne, opłaty od ubezpieczeń w granicach ściśle określonych, podatek przemysłowy i od lokali.

Wspomniane wyżej wydatki względnie odliczenia, o ile oczywiście zostaną w sposób należyty udowodnione, uwzględniane są przez władze wymiarowe przy ustalaniu wysokości dochodu, podlegającego opodatkowaniu i w tej materii nie ma żadnych kwestii spornych. Natomiast władze wymiarowe **nie uznają za koszty potrącalne z przychodów wydatków,** poniesionych czy to jednorazowo, czy w postaci ratalnych spłat na **fotel dentystyczny, oraz narzędzia zarówno dentystyczne jak i chirurgiczne, twierdząc,** iż są to wydatki, związane nie z osiągnięciem dochodu, a z nabyciem wzgl. powiększeniem, lub ulepszeniem źródła dochodu, uwzględniają natomiast tylko w odniesieniu do tych przedmiotów potrącenia z tytułu ich zużycia. Pomijając fakt, iż przepisy Rozp. Wykon. do ustawy o państwowym podatku dochodowym zawarte w § 14 w ogólności, a w pkt. 3 tego paragrafu w szczególności, nie wspominają o urządzeniach gabinetów lekarskich i nie określają dla tychże norm procentowych do odpisań na zużycie, a amortyzację wogóle uzależniają od prawidłowego odpisania w księgach handlowych, choćby uproszczonych, nieprowadzonych przecież przez ogromną większość lekarzy dentystów, — podnieść musimy, iż wspomniane wyżej stanowisko władz wymiarowych **jest krzywdzące ogół lekarzy dentystów,** ale jest o tyle usprawiedliwione, iż wypływa z nieznajomości warunków pracy, a zatym i warunków osiągania dochodów przez lekarzy dentystów.

Wydatek na zakup fotelu dentystycznego lub narzędzi dentystycznych wzgl. chirurgicznych, nie jest, jak to interpretują władze wymiarowe, ani wydatkiem związanym z nabyciem źródła dochodu, ani wydatkiem na powiększenie lub ulepszenie źródła dochodu, lecz wy-

datkiem związanym ściśle z osiągnięciem dochodu, a więc wydatkiem potrącalnym w myśl przepisów art. 6 ustawy z sumy ogólnej dochodu.

Na przyjęcie pacjenta, a więc możność świadczenia mu usług lekarskich, składa się zespół warunków, które muszą się wzajemnie uzupełniać i między którymi istnieje ścisły związek przyczynowy. Jak lekarz dentysta nie może osiągnąć dochodu, podlegającego opodatkowaniu według Działu I ustawy o państwowym podatku dochodowym, nie mając lokalu, w którym założyłby gabinet, lub mając lokal, nie miałby leków, materiałów, narzędzi pomocniczych i podstawowych, **tak nie może świadczyć usług lekarskich pacjentowi, a zatem osiągnąć dochodów, podlegających opodatkowaniu, nie posiadając fotela dentystycznego i narzędzi dentystycznych względnie chirurgicznych.** Brak jednego z tych elementów składowych wyklucza możność zarobkowania, a więc możność osiągnięcia dochodu — przeciwnie, natomiast **każdy wydatek poniesiony na opłacenie tych poszczególnych elementów składowych pracy lekarza dentysty, wiążę się ściśle z osiągnięciem dochodu, zatem zgodnie z brzmieniem art. 6 ustawy ma pełne warunki do uznania go za koszty osiągnięcia dochodu, a w konsekwencji i potrącenia go z sumy osiągniętych przychodów.**

Niema żadnej analogii, jak to często chcą władze wymiarowe, między gabinetem lekarskim, a przedsiębiorstwem handlowym czy przemysłowym; **gabinet lekarski** z samego swego założenia niema żadnych cech przedsiębiorstwa, czego najlepszym dowodem jest, iż nie jest podciągnięty do wykupna świadectwa przemysłowego; **nie będąc przedsiębiorstwem, nie może być podciągnięty pod normy ustawowe dla przedsiębiorstw ustalone** — nie jest źródłem dochodu, ani przedmiotem opodatkowania zarówno w zrozumieniu ustawy o państwowym podatku przemysłowym, jak i o podatku dochodowym; w pierwszym przypadku przedmiotem opodatkowania są obroty, w drugim dochody — w obydwu zaś związane są one ściśle z charakterem osobowym, a nie rzeczowym, a więc z samą istotą pojęcia samodzielnego wolnego zajęcia zawodowego.

Wiedza lekarska i uzdolnienie do wykonywania swego zawodu jest trzonem pracy lekarza — wszystko inne to tylko środki pomocnicze ściśle związane z osiąganiem obrotów czy dochodu; każdy zatem

wydatek — oczywiście w granicach normy — jest wydatkiem kwalifikowanym, zatem potrącalnym przy ustalaniu dochodu mającym być opodatkowanym jako dochód netto.

Jeżeliby przyjąć stanowisko władz wymiarowych w tej materii za słuszne, toć przecież dążenie lekarza do uzupełnień urządzenia jego gabinetu w miarę postępu nauki i wiedzy i konieczności stosowania coraz to nowych metod leczenia, nie mogłoby w zasadzie mieć miejsca z tego powodu, iż wydatki te kwalifikowane byłyby jako powiększenie lub ulepszenie źródła dochodu, a jako niepotrącalne od dochodu powodowałyby w skutkach nadmierne opodatkowanie. że tak jednak nie jest, świadczą o tym Orzeczenia N. T. A., a między innymi O. N. T. A. z 7.XI. 1934 r. L. rej. 1414/32, które wyraźnie głosi, „że ocena celowości poniesionego przez płatnika wydatku nie jest pozostawioną uznaniu władzy wymierzającej podatek“ oraz O. N. T. A. z 29.IV. 1935 r. L. rej. 5623/30 i 3741/31, które ustala tezę, że: „Zwiększenie wydajności źródła dochodu nie jest niezbędnym wymogiem uznania zmian, przeprowadzonych w tym źródle, za jego powiększenie w zrozumieniu art. 8 pkt. 1 ustawy o państwowym podatku dochodowym“.

Z przytoczonych wyżej orzeczeń N. T. A. wynika niezbicie, że nawet — przykładowo biorąc — wydatek na zakup czy to aparatu Rentgena, czy to lampy kwarcowej, byłby wydatkiem kwalifikowanym nie jako powiększenie czy ulepszenie źródła dochodu, a więc w myśl art. 8 pkt. 1 ustawy o państwowym podatku dochodowym nie mogącym być potrąconym z ogólnego dochodu — lecz wydatkiem związanym z osiągnięciem dochodu, a zatem w myśl art. 6 ustawy z dochodu potrącalnym. W tych wypadkach, gdzie istotnie mogłaby zachodzić nawet dość duża wątpliwość N. T. A., rozstrzygnął jednak na korzyść podatnika; oczywistym jest, że poza przytoczonymi już poprzednio argumentami — **te orzeczenia N. T. A. stwierdzają niezbicie, że stanowisko władz wymiarowych, nieuwzględniające niejako kosztów osiągnięcia dochodu wydatków**, poniesionych przez lekarza dentystę **na zakup czy spłatę fotela dentystycznego wzgl. narzędzi dentystycznych lub chirurgicznych**, zatym nie potrącalnych z dochodu ogólnego, pozbawione jest podstaw rzeczowych, a w tych warunkach istnieje ze wszech miar uzasadniona przyczyna wydania władzom wymiarowym zarządzenia, zlecającego możność potrącania przez lekarzy dentystów z dochodu ogólnego udowodnionych należycie wydatków na zakup wzgl. spłatę fotela dentystycznego, narzędzi dentystycznych, chirur-

gicznych, lamp do naświetlań, aparatów medycznych — jako wydatków, związanych ściśle z osiągnięciem dochodu.

Utrzymanie dotychczasowej praktyki władz wymiarowych jest nadal nie do pomyślenia, przede wszystkim **jako sprzecznej z intencją ustawodawcy i wyraźnym orzecznictwem N. T. A.** w tych sprawach — a nadto co najważniejsze, z tego względu, że w skutkach pociąga za sobą niesłuszne wymiary podatkowe, które przy istniejącej dużej progresji skali podatkowej art. 23 ustawy o państwowym podatku dochodowym, już od dłuższego czasu krzywdzą jedną z poważnych grup płatników, jaką jest zawód lekarsko-dentystyczny.

III.

Jeżeli idzie o następny podatek, opłacany przez lekarzy dentystów, to jest nim **podatek od lokali.** Dekret Prezydenta Rzeczypospolitej z 14.XI. 1935 r. ze zmianami, wprowadzonymi dekretem z 14.I. 1936 r. o podatku od lokali ustanawia (art. 1), iż podatkowi temu podlegają wszelkie lokale z wyjątkiem (między innymi) lokali mieszkalnych jedno i dwuizbowych — przyczem stopę podatku ustanawia w wysokości podwójnej, a to 8% komornego dla lokali jedno, dwu i trzyizbowych oraz 12% komornego dla lokali czteroizbowych i większych.

Z powyższych postanowień dekretu, uwzględniających zwolnienie od podatku, lokali mieszkalnych jedno i dwuizbowych, oraz wprowadzających zróżnicowanie stawek podatkowych wynika, że intencją ustawodawcy było obciążenie tym świadczeniem na rzecz Skarbu Państwa tych osób, **których stosunki majątkowe i dochodowe są o tyle pomyślne, że pozwalają na zajmowanie dla swego użytku mieszkalnego lokali obszerniejszych.** Nie mogło natomiast być intencją ustawodawcy obciążenie tym podatkiem osób, które zajmowany lokal w całości lub części używają dla pracy, związanej z osiąganiem obrotów, czy dochodów z tytułu których i tak już ponoszą ciężary podatkowe.

Jeśli idzie o lekarza dentystę, to ten z racji wykonywania swego zawodu musi zajmować lokal obszerniejszy, na który składa się gabinet lekarski, poczekalnia i ewentualne laboratorium (pracownia prote-

tyczna) oraz najskromniej kuchnia i jeden pokój; w sumie w zrozumieniu ustawy o podatku od lokali lekarz dentysta zajmować będzie lokal pięcioizbowy — zatem stosownie do postanowień art. 5 opłacać będzie podatek w wysokości 12% komornego.

Skoro przeciętny śmiertelnik, zarabiający niejednokrotnie więcej od lekarza dentysty, opłacający najwyżej podatek dochodowy z Działu II. ustawy o państwowym podatku dochodowym (od uposażenia), a zajmujący dla swego użytku mieszkalnego lokal dwuizbowy, nie opłaca wogóle podatku od lokali, albo, zajmując lokal trzyizbowy, opłaca go w wysokości 8% komornego — **to lekarz dentysta, zajmując dla swego użytku prywatnego kuchnię i pokój — nie tylko opłaca według i tak zbyt wysokiej stawki podatek przemysłowy, oraz wysoki podatek dochodowy, ale nadto i podatek lokalowy według najwyższej stawki podatkowej i to za lokal, który życiowo biorąc, nie powinien wogóle podlegać podatkowi.**

Jest to paradoks, który w skutkach pociąga za sobą dalsze niczym nieusprawiedliwione wyższe obciążenie świadczeniami na rzecz Skarbu Państwa i tak doborowego płatnika jakim jest lekarz dentysta.

Dzieje się zaś to dlatego, że władze wymiarowe zaliczają do lokali, podlegających podatkowi od lokali — pomieszczenia, zajęte pod gabinet lekarski, poczekalnię i pracownię, nie uwzględniając, **iż te lokale są warsztatem pracy lekarza dentysty, są ściśle związane z wykonywaniem przez niego zawodu,** bez posiadania których nie mógłby być podciągnięty do opodatkowania podatkiem przemysłowym i podatkiem dochodowym.

Skoro charakter tych lokali nigdy nie jest do użytku prywatnego (mieszkalnego), a ilość ich nie może świadczyć o jakimś luksusie, który niewątpliwie ustawodawca miał na myśli, ustanawiając najwyższą stawkę podatkową dla lokali wieloizbowych — nie ma żadnych istotnych przeszkód dla wydania zarządzeń, któreby ten krzywdzący zawód lekarsko dentystyczny stan sprawy zniosły **w drodze postanowienia, że lokale zajęte przez lekarza-dentystę pod gabinet lekarski, poczekalnię i laboratorium (pracownię protetyczną), winny być dla celów wymiaru podatku od lokali wyłączone z ogólnej ilości izb zajmowanyh przez lekarza dentystę.**

W konkluzji przedstawionego stanu faktycznego, naprowadzonych zasad i motywów — w wykonaniu odnośnych uchwał VIII Polskiego Zjazdu Stomatologicznego jako Sekcji XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich oraz III Zjazdu Absolwentów Akademii Stomatologicznej — mamy zaszczyt prosić uprzejmie Pana Ministra o łaskawe uwzględnienie w odniesieniu do zawodu lekarsko-dentystycznego postulatów niniejszego memoriału a mianowicie:

1) w odniesieniu do podatku przemysłowego — **o zmniejszenie stawki podatku od obrotu z dotychchczasowych 3% na 1,5%;**

2) w odniesieniu do podatku dochodowego — **o uznanie kosztów nabycia wzgl. spłaty fotela dentystycznego, narzędzi dentystycznych, chirurgicznych, lamp do naświetlań i aparatów medycznych — jako kosztów osiągnięcia przychodów przeto i potrącalnych z dochodu ogólnego;**

3) w odniesieniu do podatku od lokali — **o wyłączenie pomieszczeń,** przeznaczonych na gabinet lekarski, poczekalnię i laboratorium (pracownię protetyczną) z podstaw opodatkowania podatkiem od lokali.

Za Zarząd Główny:

Sekretarz Generalny: (—) *J. Konstantin.*
Prezes: (—) *J. Łączyński.*
V.-Prezes: (—) *J. Szajewski.*

—o—

KOMUNIKATY:

OD REDAKCJI.

Nakładem „Dwumiesięcznika Stomatologicznego" ukazał się „Kurs fantomowy dentystyki zachowawczej" w opracowaniu lek. dent. J. Bobińskiej-Lemańskiej st. asyst. Kliniki Dentystyki Zachowawczej Akademii Stomatologicznej. Podręcznik ten nabyć można w administracji „Dw. Stom." przy ul. Marszałkowskiej 120 m. 5 w cenie 2 zł.

Biuro Pośrednictwa Pracy.

Zarząd Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej zawiadamia W. P. Kol., że przy Zarządzie istnieje Biuro pośrednictwa pracy, które poleca wykwalifikowanych kandydatów na posady i zastępstwa. Uprzejmie prosimy w razie zapotrzebowania zwracać się do

Biura pośrednictwa pracy ul. Wspólna 59, m. 8, tel. 9-40-22, od godz. 18—20.

Kierownik Biura **H. Zaczyńska.**

Biuro Porad Prawnych.

Zarząd Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej zawiadamia, że przy Zarządzie istnieje **Biuro Porad Prawnych,** które udziela informacyj w sprawach wymagających orzecznictwa praw-

nego. Biuro to pozostaje pod kierownictwem koleżanki Zaczyńskiej i ma zapewnioną pomoc prawniczą. We wszystkich tych sprawach zwracać należy się wyłącznie pisemnie przy dołączeniu ewent. dokumentów w danych sprawach oraz opłaty w wysokości 1 (jednego) zł. w znaczkach pocztowych na pokrycie kosztów manipulacyjnych. Porady będą udzielone pisemnie. **Adres Biura Porad Prawnych Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej: Warszawa, Marszałkowska 120 m. 5.**

Biuro Porad Prawnych będzie załatwiać wszystkie sprawy za wyjątkiem spraw podatkowych.

Biuro Porad w sprawach podatkowych.

Zarząd Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej podaje do wiadomości, iż istnieje przy Zarządzie **Biuro Porad w sprawach podatkowych** pod kierownictwem prezesa Zarządu kolegi Łączyńskiego Juliana, do którego należy się zwracać bezpośrednio pod adresem: **Pabianice, ul. Zamkowa Nr. 29.**

Opłaty manipulacyjne 1 (jeden) zł. w znaczkach pocztowych.

Agendy Stowarzyszenia.

Sekretariat: Marszałkowska 120 m. 5.

Godziny urzędowania:

Prezes i sekretarz: w środy godz. 21—22.

Sekretariat: wtorki, środy, czwartki i piątki godz. 18—21.

—o—

PYTANIA I ODPOWIEDZI.

Pytanie Nr 14. Proszę uprzejmie o poradę w następującym wypadku:

U pacjentki lat 28—30, której stan uzębienia przedstawia się w następujący sposób: dolna szczęka w komplecie; górna brak z prawej strony kła i 2-ch przedtrzonowych z lewej strony drugiego przedtrzonowca oraz 1-go trzonowego; chodzi o to, czy zastąpić tu braki: stałą nieruchomą, czy też ruchomą protezą.

Pacjentka chciałaby uniknąć koron metalowych i wogóle wszelkich zewnętrznych objawów sztuczności.

Proszę uprzejmie podać mi jasno, jak postąpić.

H. F. Nisko.

Odpowiedź na pytanie Nr 14. W opisie przypadku brak jest danych, tyczących formy zgryzu, żywotności filarów sąsiadujących z brakami, stopnia umocowania zachowanych zębów w zębodole. Dane te są ważne dla projektowania i w opisie powinny być uwzględnione. Przyjmijmy, że: zgryz jest normalny, zbliżony do prostego, filary żywe, silnie osadzone w zębodole, bez skłonności do próchnicy. Rozwiązanie przypadku przedstawiałoby się następująco.

Strona lewa: pierwszy przedtrzonowy, korona trzyćwierciowa, drugi trzonowy, korona całkowita, przęsło lane złote z powierzchniami licowymi porcelanowymi Steela.

Strona prawa: siekacz środkowy i boczny, korony trzyćwierciowe połączone razem dla wzmocnienia przedniego odcinka mostu, pierwszy trzonowy, korona całkowita. Przęsło powinno uwzględniać budowę powierzchni żujących, powierzchnie licowe — licówki Steela. Jeżeli siekacze są martwe, zamiast koron trzyćwierciowych można wykonać Richmondy. Przy usposobieniu do próchnicy korony trzyćwierciowe nie są bezpieczne ze względu na niedostateczną ochronę filarów — w tym przypadku należałoby albo zrezygnować z efektu kosmetycznego i pokryć filary koronami metalowymi (może być białe złoto), albo przeprowadzić dewitalizację odnośnych zębów i wykonać zęby ćwiekowe.

Przy słabej oprawie filarów w zębodole, sprawach przyszyjkowych, należy zrezygnować z dostawki stałej a zastosować ruchomą. W tym przypadku mogła by znaleść zastosowanie dostawka szkieletowa o płycie metalowej stalowej lub złotej.

J. Galasińska-Landsbergerowa.

Pytanie Nr 15. Przesyłam do zaopiniowania zdjęcia 2-ch zębów:

1) bocznego siekacza prawego szczęki górnej, czy ząb ten można przez rezekcję uratować pomimo daleko posuniętych zmian okołoszczytowych? Tkanka kostna od strony wargowej zniszczona, przetoka otwarta, pod uciskiem wypływa płyn surowiczo ropny;
2) drugiego przedtrzonowca górnego strony lewej: jaki jest stosunek zmian do zatoki i czy po rezekcji można użyć go jako filaru; w mostku leczenie zachowawcze nie daje wyniku;
3) na tym samym zdjęciu: jak można sobie wytłumaczyć zmiany przy trzonowcu, ząb żywy.

J. Z. Kruszwica.

Odpoowiedź na pytanie Nr 15. W odpowiedzi na pytanie pierwsze, a mianowicie dotyczące rezekcji dwójki górnej prawej, uważam, że ząb ten do rezekcji nie nadaje się, radziłbym sprobować przeleczyć

ząb zachowawczo, zaplombować cementem; co się zaś tyczy zmian w kości — wyłyżeczkować dokładnie ziarninę wzdłuż korzenia zęba przy pomocy małego prostego wydrążacza (ekskawatora). Należy uprzedzić pacjenta, że jest to leczenie warunkowe.

Odnośnie pytania drugiego, dotyczącego rezekcji wierzchołka piątki górnej lewej, nie należy wykonać rezekcji, gdyż zmiany są minimalne, po udrożnieniu przewodu, przeleczeniu i dokładnym wypełnieniu cementem służyć może jako filar do mostu.

Co się tyczy zmian przy trzonowcu, to zaciemnienia na rentgenie w okolicy wierzchołków nie dotyczą zmian przywierzchołkowych, lecz odnoszą się do zatoki szczękowej.

Juliusz Konstantin.

BIULETYN NR. VI.

Odezwa do Koleżanek i Kolegów Absolwentów b. Państwowego Instytutu Dentystycznego ob. Akademii Stomatologicznej w sprawie wyborów do rady okręgowej izby lekarsko-dentystycznej w Warszawie.

Zarząd Główny Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej ma zaszczyt podać w niniejszym kolejnym biuletynie do wiadomości Szanownych Koleżanek i Kolegów ostatecznie przez Komisję Wyborczą do rady okręgowej izby lekarsko-dentystycznej zatwierdzoną listę kandydatów oraz ich zastępców na członków przyszłej rady okręgowej izby lekarsko-dentystycznej w Warszawie.

Lista kandydatów obejmuje Koleżanki Kolegów zorganizawanych we wszystkich związkach zawodowych lekarsko-dentystycznych wchodzących w skład Zjednoczenia p. n. Blok Wyborczy do izb lekarsko-dentystycznych i jest wynikiem sześcio-miesięcznej pracy porozumiewawczej Bloku i jako taka przedstawia sobą reprezentację całego stanu lekarsko-dentystycznego Rzeczypospolitej.

Oprócz organizacji wchodzących w skład Bloku, a mianowicie:

1. **Stowarzyszenie Absolwentów Akademii Stomatologicznej,**
2. **Związek Lekarzy Dentystów w Państwie Polskim,**
3. **Związek i Towarzystwo Lekarzy Dentystów Chrześcijan,**
4. **Związek Stomatologów i Lekarzy Dentystów Ziem Zachodnich Rz. P.,**
5. **Związek Lekarzy Dentystów Polaków w Wilnie,**

6. Polski Związek Lekarzy Dentystów Chrześcijan Województwa Śląskiego,

7. Zjednoczenie Polskich Lekarzy Dentystów Katolików,

8. Stowarzyszenie Lekarzy Dentystów Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie,

9. Związek Lekarzy Dentystów żydów w Wilnie

w ostatnim okresie pracy Bloku zgłosiły jeszcze akces niżej podane organizacje:

10. Towarzystwo Stomatologiczne w Warszawie,

11. Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy Lekarzy Dentystów Rz. P.,

12. Częstochowski Związek Odontologiczny;

tym samym wszystkie zarejestrowane i działające na terenie całego Państwa organizacje są reprezentowane nazewnątrz przez Blok Wyborczy.

Przedstawiciele naszego Stowarzyszenia jak również przedstawiciele wszystkich organizacyj, wchodzących w skład Bloku, złożyli deklarację solidarnego i wzajemnego występowania wobec Władz w sprawach organizacji izb, jako też głosowania na niżej podaną, w alfabetycznym porządku ułożoną listę kandydatów i zastępców do rady okręgowej izby lekarsko-dentystycznej w Warszawie, zatwierdzoną ostatecznie przez Komisję Wyborczą do izb lekarsko-dentystycznych.

LISTA KANDYDATÓW DO RADY OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKO-DENTYSTYCZNEJ W WARSZAWIE.

Członkowie:

Borusiewicz Franciszek
Danek Artur
Dessau Stanisław
Ewerst Mojżesz
German Maurycy
Grodner Kazimierz
Grzybowski Stefan
Janowicz Bohdan
Jewardowa Maria
Konstantin Juliusz
Krakowski Maurycy
Krüger Stefan
Krzywicki Janusz
Majchendler Henryk
Mejerowicz Selma
Meloch Maksymilian
Mesz Daniel
Mieszkis Stefan
Mokrzycki Antoni
Morawski Jerzy
Niedźwiedzki Alfred
Przyłuski Stanisław
Sadkowska Halina
Szajewski Janusz
Szatkowska Halina
Szepelski Konrad
Uśpieńska Helena
Walicki Leon
Zaczyńska Anna.

Zastępcy:

Brzeziński Mieczysław
Cwajfus Alfred
Dworecka Sara
Fiszhaut Stanisław
Grzybowska Antonina
Ignatowicz - Sobolewska A.
Jełowicki Jerzy
Kozłowski Józef
Majewska-Staszewska Maria
Orlikowski Antoni
Rajkowski Jerzy
Sielicki Marian
Szaniawska Maria
Wojtkiewicz Jan
Zawadzki Aleksander

Wzywamy przeto Koleżanki i Kolegów do gremialnego udziału w głosowaniu w dniu 11 września r. b. i głosowania — **bez poczynienia jakichkolwiek skreśleń względnie zmian osobowych** — na przedłożoną Wam przez Komisarza Rządowego listę kandydatów, która jest jedyną uzgodnioną z przedstawicielami zarządów **wszystkich** organizacyj działających na terenie całej Rzeczypospolitej.

Koleżanki i Koledzy ufamy, że w zrozumieniu doniosłej chwili, w której zawód nasz przystępuje do tworzenia własnego samorządu, na który czekaliśmy od kilkunastu lat, nikogo spośród nas Absolwentów b. Państwowego Instytutu Dentystycznego ob. Akademii Stomatologicznej, należących do Stowarzyszenia jako też i niezrzeszonych nie zabraknie w dniu 11 września b. r. przy urnie wyborczej.

Przez wzięcie udziału w głosowaniu w stu procentach damy dowód dużego wyrobienia społecznego i stwierdzimy, że potrafimy godnie gospodarować w zawodzie.

Instrukcje dotyczące samego sposobu głosowania zostaną Szanownym Koleżankom i Kolegom przesłane przez Komisarza Rządowego do izb lekarsko-dentystycznych wraz z listą kandydatów.

Prosimy dokładnie zapoznać się z treścią instrukcji, gdyż jakiekolwiek **uchybienie** powoduje **unieważnienie głosu.**

Koleżanki i Koledzy, daliście niejednokrotnie dowód wyrobienia społecznego i popierania poczynań Władz naszego Stowarzyszenia, które w Waszym imieniu podejmowały żmudne i długotrwałe prace przygotowawcze do izb lekarsko-dentystycznych, wobec tego wierzymy, że i tym razem spełnicie godnie swój obowiązek wobec zawodu i społeczeństwa.

Z koleżeńskim pozdrowieniem

Za Zarząd Główny:

Sekretarz Generalny:	Prezes:	V. Prezes:
(—) *J. Konstantin.*	(—) *J. Łączyński.*	(—) *J. Szajewski.*

—o—

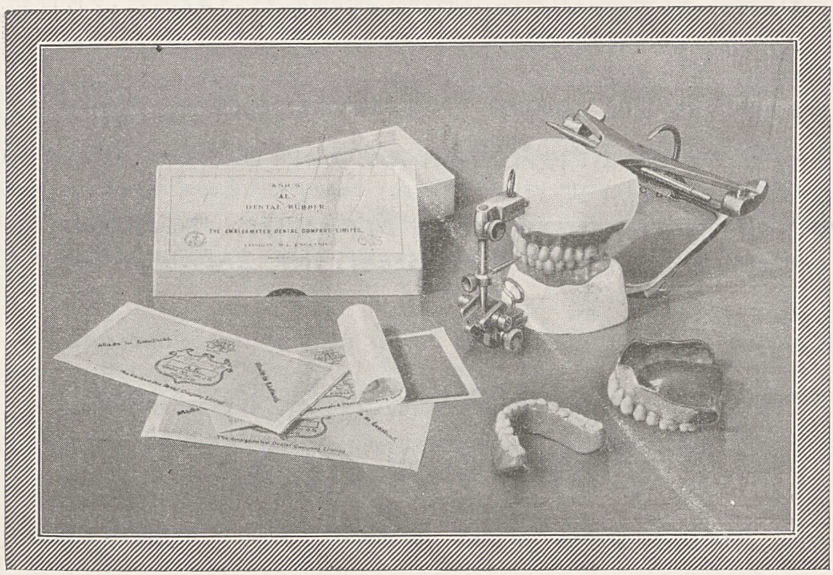
NOWOCZESNE WIERTARKI ELEKTRYCZNE *).

Bardzo ciekawa inowacja została ostatnio wprowadzona w znanych wiertarkach KaVo.

Fabryka ta, kierując się wskazówkami powag naukowych, w szczególności Huet'a, który twierdzi, że do bezbolesnego i akuratnego szlifowania w ustach konieczna jest zwiększona ilość obrotów w świdrach, wprowadziła na rynek wiertarki, które mają specjalne urządzenia, zdwajające ilość obrotów za zwykłym naciśnięciem guziczka.

Ponieważ przy pomocy narzędzi dodatkowych wiertarki KaVo dają niezwykle szeroką skalę rozpiętości i szybkości (przy tej samej dużej sile pędnej), a to od 100 do 12.000 obrotów na minutę, zainteresowanie się sfer fachowych jest całkowicie uzasadnione.

*) Zainteresowanym literaturę wysyła Towarzystwo Dentystyczne Atlantic Dental Co., Warszawa I, Kredytowa Nr. 8.



ASH'S
AL
DENTAL RUBBER
THE AMALGAMATED DENTAL COMPANY LIMITED

Polska Drukarnia Nakładowa, sp. z ogr. odp., Warszawa, Senatorska 17. Tel. 251-58.